

بحث ميداني

مشكلة تعاطي

المخدرات

بين الشباب

الجزء الثاني
مايو ١٩٨٩



0168582

Bibliotheca Alexandrina

اهداءات ۲۰۰۶

د. احمد ابوزيد

انثروبولوجي



مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب

بمختصة
الجزء الثاني

المؤلف

دكتور فاروق اسماعيل
أستاذ الأنثروبولوجيا
بجامعة الإسكندرية وقطر

دكتور محمود الكردي
أستاذ الاجتماع
بجامعة القاهرة

دكتور حسن عبيد
أستاذ الاجتماع المساعد بجامعة طنطا وقطر

إشراف

الدكتور عبد الله جمعة الكبيسي
مدير جامعة قطر بالنيابة

هيئة البحث :

- | | |
|-----------------------------------|---|
| (١) الدكتور عبد الله جمعة الكبيري | — المشرف العام على البحث |
| | — مدير جامعة قطر بالنيابة |
| (٢) الدكتور محمود فهمي الكردي | استاذ الاجتماع بجامعة القاهرة |
| (٣) الدكتور فاروق اسماعيل | استاذ الانثروبولوجيا الثقافية بجامعة
الاسكندرية وقطر |
| (٤) الدكتور حسن عيد | استاذ الاجتماع المساعد بجامعة طنطا
وقطر |

★ ★ ★

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قُلْ أَطِيعُوا اللَّهَ وَأَطِيعُوا
رُسُلَهُ وَمَنْ يَعْصِ اللَّهَ
وَرُسُلَهُ يُخَفِّضْ لَهُ
الْمَنْزِلَ الْعَلِيِّ

وَأَنْزِلْهُ

تصليح
سعادة الدكتور عبد الله جمعة الكبيسي
مدير جامعة قطر بالنيابة

لم تعد مكافحة المخدرات وأضرارها مسئولية رجال الأمن فقط ، بل أصبحت مسئولية قطاعات ومؤسسات مختلفة ، كالمستشفيات والأندية الشبابية وأجهزة الاعلام والمنظمات الدولية والمصلحين الاجتماعيين ووزارات التربية ومؤسسات البحث والجامعات . ومع تطور أساليب وبرامج مكافحة المخدرات سواء العلاجية منها أم الوقائية ، إلا أننا نجد أن فنون الاجرام والاتجار بهذه المادة يجد طريقه بدرجات متفاوتة إلى جيل الشباب ليعصف به ويحرم الأسرة والمجتمع من هذه الثروة البشرية المتجددة والأساسية في نهضة كل أمة من الأمم .

ولقد أدركت جامعة قطر خطورة مشكلة تعاطي المخدرات في حجمها العالمي وتنبهت إلى انعكاسات ذلك على مجتمعنا في الخليج العربي ، فبادرت عام ١٩٨٣ بتشكيل لجنة علمية من أعضاء هيئة التدريس تضم متخصصين وباحثين في علم الاجتماع والانثروبولوجيا وعلم النفس والتربية والطب النفسي ، لبحث هذه الظاهرة ، وقد تم بالفعل التخطيط والاعداد لعدد من البحوث المرحلية استهدفت الكشف عن الظاهرة وتحديد أبعادها في المجتمع القطري .

وفي عام ١٩٨٤ تم انجاز الجزء الأول من بحث مشكلة تعاطي المخدرات دراسة ميدانية . وقد وجهت هذه الدراسة الأنظار إلى أهمية الاتجاه إلى قطاع الشباب ، خاصة وأن الغالبية المطلقة من أفراد العينة التي أجري عليها البحث تقع في الشريحة العمرية ما بين ٢١ و ٢٩ عاما ، من هنا جاء التفكير في البدء بالتخطيط لاستكمال الجزء الثاني من بحث مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب .

وفي عام ١٩٨٥ تبلور الاهتمام في ضرورة اجراء بحث ميداني على طلاب المدارس الاعدادية والثانوية ، لتحديد حجم ظاهرة التعاطي والبحث عن الدوافع والأسباب التي أدت إليها ، وقد تم بالفعل تحديد الشريحة العمرية بالنسبة للطلاب بين ١٢ و ٢٠ عاما والتي نفترض وجودها في المرحلتين الإعدادية والثانوية في مدينة الدوحة التي أختير ٥٠٪ من مدارسها

(للبنين) ، أي ١١ مدرسة ، ثم اختيرت نسبة ٢٠٪ من مجموع طلابها ، ليصبح لدينا ١٠٠٠ طالب كعينة للبحث .

وكان الهدف المباشر لهذا البحث يتناول أربعة محاور أساسية :

المحور الأول :

تحديد تصورات الطلاب عن حجم انتشارية الظاهرة بين طلاب المدارس .

المحور الثاني :

التعرف على ملامح المتعاطين من وجهة نظرهم .

المحور الثالث :

دراسة مدركاتهم عن الدوافع والأسباب التي أدت إلى تعاطي المخدرات .

المحور الرابع :

التعرف على اتجاهات القطاعات المتصلة بالشباب نحو الظاهرة .

وتحقيقاً لهذه الأهداف ، فقد تشكل فريق البحث الأساسي من مجموعة من العلماء والباحثين ضمت :

- | | |
|--|--------------------------|
| السيد الدكتور عبد الله جمعة الكبيسي | للعالجة الجانب التربوي |
| الأستاذ الدكتور جابر عبد الحميد جابر | للعالجة الجانب النفسي |
| الأستاذ الدكتور مجيد ابراهيم دعة | للعالجة الجانب التربوي |
| الأستاذ الدكتور محمود فهمي الكردي | للعالجة الجانب الاجتماعي |
| الأستاذ الدكتور فاروق مصطفى اساعيل | للعالجة الجانب الاجتماعي |
| السيد الدكتور حسن ابراهيم عيد علي | للعالجة الجانب النفسي |
| السيد الدكتور علاء الدين أحمد كفاقي | للعالجة الجانب النفسي |
| السيد الدكتور شوقي العقباوي | للعالجة جانب الطب النفسي |
| السيد الدكتور عبد العزيز عبد الرحمن كمال | للعالجة الجانب النفسي |
| السيد الدكتور سيد الرئيس | للعالجة جانب الطب النفسي |

وكان هذا التنوع في التخصصات العلمية مقصودا من أجل التوصل إلى تشخيص أدق للمشكلة بحيث يساعدنا على تقديم مقترحات نافعة وعملية في إطار البرامج الوقائية التي تعين الفرد والأسرة والمجتمع على تكوين وعى بأضرار تعاطي المخدرات الجسمية والنفسية والصحية والاجتماعية والمادية .

وجامعة قطر وهي تنهياً في بداية عام ١٩٨٩ لدفع الجزء الثاني للطباعة تنهياً أيضاً لاستقبال جزئين آخرين ، أحدهما يحلل الظاهرة على أساس ميكولوجي ، والآخر يحللها على أساس تربوي .

وهذا الانجاز العلمي المتكامل للدراسة الظاهرة من جوانبها المختلفة تكون جامعة قطر قد أصبحت من الجامعات العربية والعلمية القليلة التي أسهمت بجهود علمي أصيل في مضمار الجهود البحثية المتصلة بدراسة ظاهرة المخدرات .

ان هذا البحث الذي نقدمه لكم لم يخرج بالصورة التي تجودونه عليها لولا تحمس الباحثين وصبرهم ، واستمرارية عملهم ووعيهم المتنامي بخطورة المشكلة وإدراكهم القومي بأن العناية بمستقبل الشباب هو ضرورة ملحة لضمان مستقبل قوى ومزدهر لأمتنا العربية . لذا فيسعدني أن أقدم شكري وتقديري لكل من الدكتور فاروق اسماعيل والدكتور محمود الكردي والدكتور حسن عيد وجميع الذين أسهموا وشاركوا بالرأى والجهد لخروج هذا العمل في صورته الحالية .

د. عبد الله جمعة الكبيسي

مدير جامعة قطر

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة :

إن هذا البحث لا يصدر من فراغ بل هو مرتبط أساسا بالنتائج التي توصل إليها البحث الأول الذي أجرى على مشكلة تعاطي المخدرات بقطر عام ١٩٨٤م ، وقد خرجت هذه الدراسة بمجموعة من التوصيات بعضها قصير الأمد والآخر طويل الأمد ، وكان قطاع الشباب يمثل العنصر الحيوي الذي ركزت عليه توصيات الدراسة بشقيها العاجل والأجل ، وتجسد هذا التركيز والاهتمام في ضرورة اجراء مسح ميداني على طلاب المدارس الاعدادية والثانوية لتحديد حجم انتشارية ظاهرة تعاطي المخدرات والبحث عن أسبابها ودراسة آثارها ونتائجها من هنا كان اهتمامنا في اجراء هذه الدراسة الميدانية والتي تتناول قطاع الشباب في شريحة عمرية تنتمي إلى مراحل دراسية محددة ، ومحاولة الوصول إلى تصوراتها واتجاهاتها المرتبطة بظاهرة تعاطي المخدرات .

ويمكن تلخيص أهداف الدراسة في أربعة محاور رئيسية :

أولاً : إدراك الشباب لدى انتشارية الظاهرة (تعاطي المخدرات) بين طلاب المدارس : مع تسليمنا المبني بصعوبة تحقيق هذا الهدف ليس فقط بين قطاع الشباب وإنما أيضاً بين من يرتبطون بهذه الظاهرة بطريق مباشرة أو غير مباشر ، فإن هناك حاجة ماسة لتحديد حجم من يتعاطون المخدرات ولو بشكل تقريبي أو تقديري ، ورغم أننا لا نستهدف من هذه الدراسة مجرد الوصول إلى مؤشرات رقمية احصائية دون تحليل أو تمحيص ، فإن تحديد حجم انتشارية الظاهرة يسهم ولا شك في تصور وجود المشكلة تصورا حقيقيا بعيدا عن التهوين أو التهويل ، الأمر الذي يفيد في اقتراح حلول عملية تجاهها ، ومن الطبيعي أن يتسق هذا الهدف مع المفاهيم والأدوات التي سوف نجري البحث في اطارها ، هذا من ناحية ومن ناحية

أخرى محاولة لإلقاء الضوء على أكثر أنواع المخدرات شيوعاً بين الشباب سواء التقليدية منها أو التخليقية .

ثانياً : الكشف عن ملامح المتعاطين ، هل هناك ملامح مميزة لهم ، هل ثمة خصائص أو سمات فيزيقية أو اجتماعية أو سلوكية تميزهم عما عداهم من غير المدمنين ... ؟
ثالثاً : دراسة الدوافع والأسباب (المدركة) التي أدت إلى تعاطي المخدرات :

ان تحقيق الهدفين السابقين لا يتيح لنا التعرف عن قرب - على ميكانيزمات الظاهرة وبخاصة ما يتعلق منها بالأسباب التي أدت إلى ظهورها سواء أكانت مرتبطة بالمجتمع والظروف المحيطة أو بالبناء الأسري ومتضمناته أو بالفرد وظروفه الشخصية ، وسوف نتيج لنا « المقابلات المتعمقة » مع بعض « الحالات » التي تعاني من الإدمان الكشف عن مثل تلك الأسباب والدوافع ، ومن الطبيعي أن تختلف وتتفاوت طبقاً لمتغيرات عديدة كالعمر والمستوى الاقتصادي والمكانة الاجتماعية والتعليم وأساليب التنشئة الاجتماعية (القسوة والتدليل المفرط) ، وغياب السلطة الوالدية ، الصحة الخ .

لاشك أن دراسة الأسباب والدوافع تسهم في تحليل الكثير من الظواهر المرتبطة بالتعاطي فضلاً عما تشكله من ركيزه أساسية وهامة في اقتراح أفضل السبل لتجاوزها .
رابعاً : التعرف على اتجاهات القطاعات المتصلة بالشباب نحو الظاهرة :

فمن خلال دراسة عينات كبيرة من الشباب فيما يتصل بظاهرة تعاطي المخدرات تتضح تصوراتهم لها ومواقفهم منها - النظرية والعملية - فضلاً عما يتيح ذلك من صياغة « رأى عام » اتجاه الظاهرة من قبل أكثر الأفراد التصاقاً بها والجدير بالذكر أن هذه القطاعات تتمثل في :

- (١) الطلاب أنفسهم .
- (٢) أعضاء الهيئة التدريسية (رواد الأسر والفصول والاختصاصيين الاجتماعيين) .
- (٣) أولياء الأمور .
- (٤) العمال والفراشيين .

وسوف يتيح أداة « الاستبيان » الفرصة للتعرف على اتجاهات القطاعات سالفة الذكر حول الظاهرة بحيث يراعى في تطبيقها أن تكون شاملة للقضايا الأساسية التي تهم أفراد كل

قطاع بحيث يتضح منظور كل منها على حدة الأمر الذي يتيح الفرصة للمقارنة في الكشف عن المشابهة والاختلاف في الاتجاهات نحو التعاطي كما سوف نرى ، من هنا جاء اقتراح أن يكون لدينا استبيانات أربعة احداها للطلاب والثاني لأعضاء الهيئة التدريسية والثالث لأولياء الأمور والرابع للعامل والفراشين بالمدارس التي اختيرت كعينة للدراسة .

فإذا انتقلنا إلى مجال الدراسة :

أولا : المجال البشري :

(أ) بالنسبة للطلاب ، يتحدد المجال في اطار الشريحة العمرية من ١٢ إلى ٢٠ عاما والتي يفترض تواجدها في المرحلتين الإعدادية والثانوية في مدينة الدوحة ، وإذا كنا قد اقتصرنا على العاصمة فإن ذلك مرجعه إلى وجود النسبة الغالبة من السكان (٨٠٪) في هذه المدينة ، ومن ثم بروز ظاهرة تعاطي المخدرات بشكل واضح ، الأمر الذي يمكننا من الوقوف على الاتجاهات بصدها ومن ثم دراستها وتحليلها .

(ب) بالنسبة لأعضاء هيئة التدريس (رواد الأمر والفصول والاختصاصيين الاجتماعيين وغيرهم) للوقوف على اتجاهاتهم فيما يتعلق بالظاهرة .

(ج) اختيار عينة من أولياء أمور التلاميذ للوقوف على اتجاهاتهم وتصوراتهم لدى وجود المشكلة وحجم الظاهرة وانتشارها في الأوساط الطلابية ، فضلا عن الملامح الفيزيائية والاجتماعية والنفسية للمتعاطين ، وتصورهم للأسباب التي يمكن أن تسهم في ابراز المشكلة وتفاقمها .

(د) اختيار عينة من عمال المدارس للوقوف على اتجاهاتهم بصدد المشكلة ، وإن كنا قد أخفقنا في تحقيق هذا الهدف للأسباب التي سوف نذكرها عند الحديث عن عينة الدراسة .

ثانياً : المجال الزمني :

منذ عقدت اللجنة الاستشارية للبحث اجتماعها الأول في ١٢/١/١٩٨٦ ونوقشت خطة الدراسة رؤى أن يتم اعداد أدوات الاستبيان الأربعة ودراسة الحالة خلال الفترة من يناير ١٩٨٦ إلى سبتمبر ١٩٨٦ ، وبعد مناقشتها رؤى اجراء الاختبار القبلي في الفترة من ١٥/١٠/١٩٨٦ إلى نهاية الأسبوع الأول من نوفمبر ١٩٨٦ ثم تعاد صياغة الاستبيانات ومناقشتها من قبل اللجنة الموسعة في ضوء الاختبار القبلي على أن يتم جمع المادة خلال ديسمبر

١٩٨٦ ، وقد تحققت خطة الدراسة فيما يتعلق باستبيانات الطلاب وأعضاء الهيئة التدريسية ، وتعرضت صحيفة العمال وتأجلت صحيفة أولياء الأمور لحين امكانية تحديد العينة وكيفية اختيارها على نحو ما سوف نذكره بعد قليل .

ولا يفوتنا في هذه المقدمة من أن نشر منذ البداية إلى أن هذا البحث كان ثمرة للعديد من الجهود المخلصة ولاسهام الهيئة الاستشارية للبحث والتي تكونت بقرار من السيد الدكتور مدير الجامعة والمشرّف على البحث من السادة :

أ.د. جابر عبد الحميد	وكيل الجامعة وأستاذ علم النفس
أ. د مجيد دمعة	أستاذ التربية
د. علاء الدين كفاقي	أستاذ مساعد ورئيس قسم الصحة النفسية
د. شوقي العقابوي	أستاذ مساعد الطب النفسي بجامعة الأزهر
د. عبد العزيز كمال	مدرس بقسم الصحة النفسية
د. السيد الرئيس	رئيس قسم رعاية البالغين بالصحة المدرسية
السيد / ياسر عدس	بقسم الحاسب الآلي
السيد / اسامة مطر	بقسم الحاسب الآلي
السيد / عصام حلاوة	بقسم الاحصاء
السيد / نصر جعفر	أعمال السكرتارية والطباعة

هذا وقد اجتمعت اللجنة اثنا عشرة اجتماعا منذ بداية البحث في يناير ١٩٨٦ وحتى فبراير ١٩٨٨ لمناقشة خطة الدراسة وأهم القضايا وأدوات البحث ونتائج اختبارها فضلا عن مناقشة تقارير المتابعة بين الحين والآخر .

مقرر البحث
د. فاروق اسماعيل

الفصل الأول

منهج الدراسة

أولا : تحديد المنهج :

(أ) المنهج الوصفي :

ويستهدف تقرير خصائص الظاهرة ، يعتمد أساسا على جمع الحقائق وتحليلها وتفسيرها لاستخلاص دلالتها^(١) أى أننا لن نقتصر على جمع معلومات عن ظاهرة التعاطى ، تصور وجود المشكلة ، انتشارها أو عدم انتشارها بين الشباب في المدارس الاعدادية والثانوية ، ملامح التعاطى الاجتماعية والنفسية والجسمية ، آثار التعاطى ... الخ . وإنما سوف نحاول حتما إيجاد نوع من العلاقات بين هذه المتغيرات وصولا الى نوع من التفسير الملائم ، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فأننا نعتبر دراسة الحالة Case Study نموذجا للبحث الوصفي لحالات محددة نستهدف من ورائها دراسة سلوك الممنوع في وسط اجتماعي ، سواء أكان هذا الوسط بناء أسرى أو جوار اجتماعي . ولا شك أن المنهج الوصفي يعيننا على الكشف عن الظاهرة التي نحن بصددتها ومن ثم يتسنى لنا تشخيصها والوقوف على حيويتها .

(ب) المنهج المقارن :

يذهب راد كليف برون R. Brown إلى أن المنهج المقارن من أفضل المناهج وأنه يربط بين المقارنة والتحليل^(٢) ، ولا شك أن الدراسة الوصفية قاصرة في حد ذاتها ومن ثم فلا بد من المقارنة ، وإن كان هذا يقتضى منا ضرورة تحديد الهدف من المقارنة ، فليست كل الدراسات المقارنة لها هدف واحد^(٣) ، وهدفنا هنا المقارنة بين اتجاهات الطلاب ورواد الأسر والفصول فضلا عن الاختصاصيين ، والآباء فيما يتعلق بموضوع تعاطى المخدرات ، أن تستخدم المادة المعطاه والتي ترتبط بالظاهرة بطريقة أو أخرى من أجل الكشف عن المشابهة والاختلاف ومن ثم سوف يكون لدينا في نهاية المطاف مادة مقارنة توضح لنا تباين الاتجاهات بين الفئات الثلاث في تصور وجود المشكلة ومدى انتشارها وابعادها ولامح التعاطين والآثار المترتبة على التعاطى . . الخ .

ثانيا : عينة الدراسة :

العينة عمدية عشوائية منتظمة من خلال إحدى عشرة مدرسة اعدادية وثانوية بالدوحة تمثل ٥٠٪ من عدد المدارس الثانوية والاعدادية ، وقد جاءت التقارير

الرسمية^(٤) بأعداد الطلاب في هذه المدارس في فترة اجراء البحث الميداني ديسمبر ١٩٨٧/٨٦ على النحو التالي :

أعداد الطلاب في المدارس الثانوية والاعدادية في فترة اجراء البحث الميداني ديسمبر ١٩٨٧/٨٦

اسم المدرسة	الفرقة الأولى	الفرقة الثانية	الفرقة الثالثة	اجمالي الطلاب
مشرب الاعدادية	٢٥٧	١٣٥	١١٠	٥٠٢
ابي ايوب الانصارى	١٤٧	٩٤	٥٤	٢٩٥
اليرموك الاعدادية	٣٢٨	٢٥٨	١٩٧	٧٨٣
الدوحة الثانوية	٢٥٣	١٧٨	٢٠٨	٦٣٩
الاستقلال الثانوية	١٩٣	١٦٠	١٥٩	٥١٢
خليفة الثانوية	٢٦٤	١٤٧	١٨٤	٥٩٥
ابن تيمية الثانوية	١٢٩	٩٥	١٤٨	٣٧٢
التجارة الثانوية المعهد الدينى :	٤٦	٣٨	٢٣	١٠٧
اعدادى	٧٣	٩٤	١٠٠	٢٦٧
ثانوى	٩١	٦٤	٥٥	٢١٠
الثانوية الصناعية	١٧٧	١١٣	٦٨	٣٥٨
مركز التدريب	١٠٨	٥٢	٥٠	٢١٠

تم اختيار العينة عمدية Purposive sample على أساس تقدير هيئة البحث بحكم خبرتهم السابقة في اختيار الحالات التي تحقق هدف الدراسة ومن ثم تم استبعاد طلاب الفرق الأولى بالمرحلتين الاعدادية والثانوية لحدائهم عنهم بالمدارس وعدم استطاعتهم الاجابة على التساؤلات الأساسية بصحيفة البحث، والمرتبطة أساسا بوجود طلاب يتعاطون المخدرات

بالمدرسة، وعلى انتشار الظاهرة ، أين يتم التعاظم . . الخ خاصة اذا احركنا أن ملء صحائف الاستبيان بدأ في أول ديسمبر ١٩٨٦ وهذا يعني أن طلاب الفرق الأولى لم يمض على تواجدهم بتلك المدارس أكثر من شهرين . وكما سبق الإشارة فإن العينة عمدية عشوائية منتظمة حيث اختيرت المفردة الأولى من قوائم الفرقتين الثانية والثالثة عشوائياً ثم اختيار المفردة الثانية والثالثة بانتظام ، حيث رؤى أن نسبة ٢٠٪ تفي بالغرض وعلى هذا تم استخراج ٩٧٠ اسماً من القوائم في المرحلتين الاعدادية والثانوية وكانت نسبة العينة في التعليم الاعدادي ٣٧٪ والثانوي ٦٣٪ . نسبة القطريين ٦٤٪ وغير القطريين ٣٦٪ كما رؤى استبعاد ٣٣ حالة عند المراجعة لعدم صلاحية استجاباتهم ليصبح لدينا ٩٣٧ استمارة ، وكذلك الحال بالنسبة لاستمارة أعضاء هيئة التدريس ورواد الأسر والفصول والاختصاصيين حيث تم حصر أعضاء الهيئة التدريسية على النحو التالي :^(٥)

اسم المدرسة	عدد الهيئة التدريسية
مشيرب الاعدادية	٤٢
أبي أيوب الانصاري الاعدادية	٣١
البرموك الاعدادية	٦٤
الملوحة الثانوية	٦٣
الاستقلال الثانوية	٦١
خليفة الثانوية	٥٦
ابن تيمية الثانوية	٤٢
التجارة الثانوية	٢٢
المعهد الديني (الاعدادي)	٥٣
المعهد الديني (الثانوي)	
الصناعة الثانوية	٤٥
مركز التدريب	٣١
	<hr/>
اجمالي أعضاء هيئة التدريس	٥١٠

وقد حددت العينة بثلاث أعضاء الهيئة التدريسية وأصبح لدينا ١٧٠ صحيفة استبيان استبعدت ١٠ صحائف لعدم الدقة وجدية الاستجابات ، فأصبح لدينا ١٦٠ استبانة تشكل نسبة ٣١,٨٪ من جملة أعضاء هيئة التدريس والاختصاصيين .

أما بالنسبة لمصالحف بحث أولياء الأمور فلا شك أن الصعوبات التي واجهتنا عند التطبيق جعلتنا نتنازل عن بعض الاعتبارات المنهجية ، لقد فشلت العديد من المحاولات لمقابلة أولياء الأمور على نحو ما سوف نذكره حين نعرض للصعوبات التي واجهت فريق البحث في هذا الصدد . لذا رؤى الاكتفاء بمائة حالة لأولياء أمور طلاب في الجامعة ممن لديهم أشقاء في المرحلتين الاعدادية والثانوية .

فإذا انتقلنا الى الصحيفة رقم (٤) التي صيغت في نفس الوقت وأقرتها هيئة البحث ، وعند محاولة اجراء اختبار قبلي عليها ، اختير عمال مدرسة الدوحة الثانوية لاجراء هذا الاختبار ، وباءت المحاولات بالفشل ، وقد بذلت المحاولة تلو الأخرى لاقناع العمال وغالبيتهم من الهنود (٩ هندي + باكستاني + مصري) سواء عن طريق إدارة المدرسة أو الاختصاصي الاجتماعي أو القائمين على البحث ، إلا أن استجاباتهم كانت سلبية إلى حد بعيد سواء أولئك الذين يعرفون العربية أو أولئك الذين يتحدثون (الأردنية) * لقد كانت استجاباتهم لمجرد سماع كلمة (مخدرات) (حرام) (لا أعرف) . . وبالطبع ان الخوف من التورط في الحديث عن مثل هذه الموضوعات أو الخوض في مناقشات وثيقة الصلة بالتعاطي - خاصة وأن البعض منهم قد يساهمون بطريقة أو بأخرى في توزيع المخدرات - خشية أن يفقد وظيفته إذ تصادف في هذه الفترة زيادة فاعلية الجهود المبذولة من قبل إدارة مكافحة المخدرات ومؤسسات أخرى لجمع المتعاطين والقبض على عدد من تجار المخدرات وترحيل الاجانب منهم ، وأيا كان الأمر فإن المحاولة كانت حصيلتها مجرد جمع بيانات شخصية لأحد عشر عاملا من حيث السن والجنسية والدين والحالة الاجتماعية وعدد الأبناء والحي الذي يسكن فيه ونوعية حياة المسكن وعدد الأفراد المقيمين بالمسكن وصلة القرابة عدد سنوات الخدمة بالمدرسة ، فإذا تجاوزنا هذه التساؤلات كان الحذر والحيطه والصمت والإدعاء (لا أعرف . . حرام . . الخ) ، من هنا جاء التكبر في الغاء (صحيفة العمال) بعد الرجوع الى الهيئة الاستشارية للبحث وعرض النتائج الأولية . .

• تم الاستعانة بمرجم يحيد اللغتين العربية والأردية .

ثالثا : الأدوات :

(أ) الاستبيان :

أعدت صحائف الاستبيان الأربعة وحللت الأسئلة وعرضت على اللجنة الاستشارية للبحث والتي ناقشت بنود الاستمارات في اجتماعاتها المتتابعة ، وادخلت عليها بعض التعديلات ، وتقرر إجراء الاختبار القبلي Pre-test بمدرسة الدوحة الثانوية للبنين في الفترة من الاربعاء ١٥/١٠/١٩٨٦ الى الخميس ٦/١١/١٩٨٦ حيث قام الباحثان الرئيسيان بالتواجد أيام ١٥ ، ١٦ ، ٢٢ ، ٢٣ ، ٢٩ ، ٣٠ أكتوبر و ٥ ، ٦ ، نوفمبر ١٩٨٦ ، وقد جاءت نتيجة الاختبار القبلي على النحو التالي :

أولا : صحيفة الطلاب :

أجرى الاختبار بمدرسة الدوحة الثانوية على ٦٤ طالب يشكلون ١٠٪ من مجموع التلاميذ وجاء توزيعهم على النحو التالي :

الفرقة الأولى	٦ طلاب
الفرقة الثانية	٢١ طالبا
الفرقة الثالثة	٣٧ طالبا

وبلغ عدد الطلاب القطريين ٣٤ طالبا بنسبة ٥٣٪ ، وغير القطريين ٣٠ طالبا ونسبتهم ٤٧٪ وجاءت انتهائهم على النحو التالي :

فلسطيني (١٣) مصري (١٠) أردني (٣) سوري (٢) سوداني (١) إماراتي (١) .
وقد تركزت التعديلات في هذا الاستبيان في إضافة احتمالات جديدة لستة عشرة سؤالاً هي ١٢ ، ١٣ ، ١٨ ، ٢٢ ، ٢٤ ، ٢٦ ، ٢٧ ، ٢٩ ، ٣١ ، ٣٢ ، ٣٣ ، ٣٤ ، ٣٥ ، ٣٦ ، ٤١ ، ٤٣ ، وجاءت تفصيلاتها على النحو التالي :

س ١٢ : إضافة احتمالات :

- ثمل أسود مع سجنائر .
- سفن أب + ييف باف .
- سفن أب + ييرة .
- حبوب من الصيدليات تؤخذ كل خمس حبات مرة واحدة .

- دواء البروتوفيل للكحة^(٣) .
- كولونيا^(٣) .
- كريم نيفيا بالخبز .
- حرق النمل وشم رائحته .
- ماكس فورت^(٣) .
- اضافة الالبان على البيسى وأخذ الامتيم والتطعيم به .
- الابر المخدرة .
- خبز في ماسورة العادم - تشغيل السيارة .
- القات .

س ١٣ : اضافة احتمالات :

- من برنامج الشرطة معك .
- من مدير المدرسة الاعدادية التي كنت بها .
- من اعلانات وملصقات لمكافحة المخدرات في دولة عربية أخرى .
- من المنطقة التي أسكن بها .
- متى عرفت بوجود هذه المشكلة في مدرستك الحالية ؟

س ١٨ :

اضافة احتمالات :

- المعروف أن الكثير من المدارس بها متعاطين^(١) .
- جميع المدارس الثانوية يتم فيها التماطى^(١) .

س ٢٢ : اضافة احتمال :

- في أى مكان .

س ٢٤ : اضافة احتمالات :

- لأن كنت طالب في هذه المدرسة .
- من مظهرهم وشكلهم .
- من برنامج الشرطة معك .

س ٢٦ : اضافة احتمالات :

- من شكله وملاعه .

- من حديثي مع أصدقائه من المتعاطين .
- س ٢٧ : إضافة احتمالات :
- منعزل إذا كان مدمنًا أكثر من اللازم .
- إذا كان تعاطيه قليل علاقته قوية بالآخرين .
- علاقته محدودة وقاصرة على الذين يتعاطون مثله .
- علاقته سيئة لمحاولته تخريب الآخرين .
- س ٢٩ : إضافة احتمالات :
- طيب وعبوب .
- خارج البيت مبسوط ومكتشب عند العودة إليه .
- إذا استعمل المخدر عن طريق التدخين لا يستطيع إغلاق فمه .
- س ٣١ : إضافة احتمالات :
- النوم أثناء الدرس .
- س ٣٢ : إضافة احتمالات :
- الإقامة في منطقة تنتشر فيها المخدرات .
- س ٣٣ : إضافة احتمالات :
- الملل .
- صحة المتعاطين .
- سوء معاملة الآباء للابناء .
- الاحساس بالضيق والخوف من المستقبل .
- تجمعات الشباب في المجالس دون رقابة .
- س ٣٤ : إضافة احتمالات :
- البعض يحصل عليه دون مقابل .
- البعض يحصل عليه ويتعاطى نصفه ويبيع النصف الآخر بضعف ثمن الشراء .
- س ٣٥ : إضافة احتمالات :
- طرد التلميذ من الصف يدفعه الى مشاركة المتعاطين . (يقضى العرف في بعض المدارس بطرد التلميذ المشاغب أو الذي تأخر عن الدرس ٥ دقائق أو يزيد) .

- سخريه المدرس من الطالب .

- عدم التفاهم مع المدرسين .

ص ٣٦ : اضافة احتمالات :

- تدهور التعاطي .

- انتشار الايمان بين الطلاب بطريقة سريعة .

ص ٤١ : اضافة احتمالات :

- للمشاكل التي حدثت للآخرين الذين اتصلوا به (لوجروا به
ينفصلوا) .

- ليسوا في حاجة الى المشرف لانها علقت في عقولهم ، ولن يفعل لهم شيئا
غير اثاره المشاكل .

ص ٤٣ : اضافة احتمالات :

- انصحته بالتوقف عن الاستعمال .

- انصحته بالصلاة والايمان بالله ^(٣) .

- اذكره بعقاب الله ^(١) .

- لن أفعل شيئا اكثر المتعاطين مباحث .

كما كشفت تجريب الاستبيان على ضرورة اضافة :

١ - احتمال (لم يبين) تحقيقا للملاحظة الاحصائية .

٢ - اقترح حذف سؤال ^(٥) .

(١) لصعوبة الحصول على كشوف الدرجات من الاداريين .

(٢) بيانات الطلاب غير دقيقة .

نرى الاهتمام بها في حالة وجود حالات مدمنة بالفعل .

٣ - استبعدت السنة الاولى بعد ملء ست استمارات حيث وجدت ان الاجابات في

عمومها سلبية لحدثة عهد الطالب بالمدرسة ، (بدأت الدراسة ١٥ سبتمبر وتم

اجراء اختبار صحائف الاستبيان ابتداء من ١٥ اكتوبر . .) .

وبالتالى تم تعديل العينة بعد استشارة هيئة البحث لتصبح عمدية (الاقتصار على

طلاب الفرقين الثانية والثالثة) والخروج على قوائم التلاميذ مع الاخذ في الاعتبار

ان هدفنا الاساسى اختبار مدى صلاحية الاداة .

- ٤ - رفض أحد الطلاب الاستجابة .
 - استبعاد بعض التلاميذ لعدم تواجدهم في الفترات التي تواجد فيها الباحثان (٣)
 - استبعاد أحد الطلاب لعدم الانضباط (١) .
 ٥ - لوحظ أن بعض الطلاب يجيبون بالنفي على اسئلة التعاطي في المدرسة ثم تأتى اجاباتهم بالايجاب بعد ذلك في الاسئلة المرتبطة (١) .
 ٦ - هناك اجماع من العينة على عدم اللجوء الى الاختصاصي واختلفت الاسباب إلا أنها تشير الى :
 أ) الخوف من الاتصال بولى الأمر .
 ب) تبليغ ادارة المدرسة .
 ج) التحويل للصحة المدرسية والفضيحة .
 د) الخوف من الفصل .
 هـ) عدم الثقة بالاختصاصي .

مدى فاعلية الأداة :

ان استجابة الطلاب للأداة كان على درجة عالية من الفاعلية ويجب أن نذكر أن ملء الاستمارة كان يتم بعد الاجتماع بعدد محدود من الطلاب ٤ أو ٥ أو ٦ دفعة واحدة وشرح أهداف البحث ودوافعه والرغبة في معرفة آرائهم للاستفادة منها ، وقد تمت هذه المقابلات إما في حجرة الاختصاصي الاجتماعى أو في الفصول الدراسية الخالية (أثناء تدريس مادى التربية الفنية والرياضية) ، ويمكن الوقوف على مدى فاعلية الأداة من الاسئلة ٦ ، ١٦ ، ١٧ ، ١٩ ، ٢١ ، ٢٥ .

سؤال ٦ : كانت الاجابة على النحو التالي :

- لم يرسب أبداً ٤٢ .
- رسب مرة واحدة ١٨ .
- رسب مرتين ٣ .
- رسب ثلاث مرات ١ .

سؤال ١٦ : هل هناك مشكلة تعاطى مخدرات بين الشباب في قطر ؟

غير قطرى

قطرى

$\frac{13}{30}$ يرى وجود المشكلة

الاجابة $\frac{31}{30}$ يرى وجود المشكلة

سؤال ١٧ : هل هناك بعض التلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات ؟ .

قطري	غير قطري
$\frac{٣٣}{٣٤}$ يقرون بوجود المتعاطين	$\frac{١٤}{٣٥}$ يقرون التعاطي
بالمدرسة	

سؤال ١٩ : أوضح خمسة من الطلاب من العينة برؤيتهم المباشرة للتعاطي في المدرسة .

سؤال ٢١ : اجاب ٢٢ طالبا بالتعاطي داخل المدرسة ، ٣٦ بالتعاطي خارج المدرسة (جمع البعض بين الاحتمالين) .

سؤال ٢٥ : هل تعرف زميلا بالمدرسة يتعاطي المخدر ؟ .

قطري	غير قطري
$\frac{٢٣}{٣٤}$ اجابوا بالاجاب	$\frac{١٠}{٣٥}$ اجابوا بالاجاب

ثانيا : صحيفة المدرسين والاختصاصيين ورواد الأسر والفصول :

عدد الاساتذة (بما فيهم المدير والوكيل) (٤٦) .
تعذر ملء أربع استمارات لأربعة من أعضاء هيئة التدريس رفض بعضهم
فضلا عن عدم تواجد البعض الآخر في الايام السابق الاشارة اليها ، على
الرغم من المحاولات المستمرة لتبديد الخوف .
تم ملء (٤٢) استمارة لأعضاء هيئة التدريس جنسياتهم على النحو التالي :
قطريون مصريون فلسطينيون اردنيون سودانيون لم تحدد هويتهم
٢ ١٥ ٩ ١٠ ١ ٥

بالنسبة للذين لم تحدد هويتهم (٥ حالات) .

عدد (٣) اغفال تحديد الجنسية .

عدد (٢) عدم ملء البيانات الأولية .

وقد أسفر تجريب الاستمارة عما يلي :

س ١١ : تعديل صياغة : ليصبح هل هناك طلاب في مدرستك أو المدارس الأخرى

التي عملت بها يتعاطون المخدرات ؟ .

تبرير : بعض المدرسين نقلوا الى المدرسة حديثا ؟ .

- س ١٢ : اضافة احتمالات :
- من المظهر الخارجى أو شكله العام .
 - من حديثى مع بعض زملاء أو الاداريين بالمدرسة .
 - من سلوك بعض الطلاب .
- س ١٤ : اضافة احتمال : في نهاية السؤال
- صعوبة تحديد العدد ()
- يقر بوجود الظاهرة لكنه لا
- يستطيع تحديدها كميا ()
- س ١٥ : اضافة احتمالات :
- من خلال حديثى مع زملاء الطلبة الذين يتعاطون المخدرات .
 - من خلال حديثى مع بعض الاداريين .
- حذف (بين الطلاب) ليصبح :
- ملاحح التعاطى وأعراضه .
- س ١٨ : اضافة احتمالات :
- سواد أطراف الاصابع والشفة .
 - عدم القدرة على التركيز والسرхан .
- س ٢٠ : اضافة احتمالات ؛
- هروبى .
 - عصبى .
 - متردد .
 - منهور .
- س ٢٢ : اضافة احتمالات :
- التحرك في شلة أو الشللية عدد (٣) .
- س ٢٣ : تعديل صياغة :
- هل سمعت ؟ بدلا من هل لاحظت ؟ كيف يتسنى لهم الملاحظة داخل الأسرة ؟
- س ٢٤ : اضافة احتمالات :
- لا يحاول اثاره مشاكل .
- فصل احتمال (العناد) عن (السلبية) .

- س ٢٥ : اضافة احتمالات :
- ملاحظاتي الشخصية .
 - من زملاء الطلبة الذين يتعاطون المخدرات .
 - من تجربتي الخاصة مع الطلاب .
- س ٢٦ : تعديل صياغة : يصبح السؤال :
- هل لاحظت ملامح سلوكية تميز المتعاطي في المدرسة أو أى مدرسة أخرى ؟ .
- س ٢٧ : تكملة احتمال تكرار الفش اذا وجد الفرصة اضافة احتمالات :
- الاممال في كل شئ .
 - السلبية المطلقة .
 - لا همه الرسوب .
 - لا همه العقوبة بل ويسعى اليها لحرمانه من الدراسة لتتاح له فرصة التعاطي .
- س ٢٨ : (١) اضافة احتمالات :
- سعر المخدر ثابت ومازال كما هو منذ السبعينيات .
 - كثرة السفر الى بلاد تنتشر فيها المخدرات .
 - السعة المادية .
 - تأثير المريات والخدم الأجانب .
- (٢) تعديل صياغة السؤال (٢٨) ليصبح :
- ما الأسباب أو الدوافع العامة للتعاطي في الحالات التي تعرفت عليها ؟ .
- (حذف كلمة مدرستك) أو اضافة مدارس أخرى .
- س ٢٩ : اضافة احتمالات :
- طول المقررات لا يتناسب مع القدرات النفسية والعصبية للطلاب^(٣) .
 - الهروب من الفشل .
- س ٣٠ : اضافة احتمالات :
- وجود الخدم والمريات الأجانب في البيت القفري .

- الافتقار الى الوازع الدينى .
- س ٣١ : تعديل الصياغة ليصبح :
ماهى المشكلات التربوية الناتجة عن التعاطى في الحالات التي صادفها (دون
الاشارة الى المدرسة) .
- س ٣٢ : حذف (مدرستك) في صيغة السؤال وان ذكرت يضاف (أو في المدارس
الأخرى) .
- في سادسا : يعدل ليصبح من قبل الاساتذة أو رواد الفصول أو الأسر أو الاختصاصيين .
- س ٣٥ : اضافة احتمالات :
- تزويدهم بموضوعات فنية توضح خطر التعاطى .
- شرح الاضرار الناتجة عن الادمان موضحة بالوثائق والاحصائيات .
- س ٣٨ : اضافة احتمالات :
- تأثير الشلة أو الصدمة أقوى عدد (٣) .
- لم اكتشف حالة لتابعها عدد (٤) .
- لم يتصل به احد من المعلمين .
- ملاحظات عامة :
- وضع احتمال (لا أعرف) بدلا من (لا أدري) .
- وضع احتمال (لم يبين) في جميع الاسئلة تحقيقا للملاحظة الاحصائية .
- مدى فاعلية الاداة :
- ١ - وجود خمس استمارات رفض أصحابها تحديد هويتهم :
- استمارتان رفضتا ذكر البيانات الأولية من ١ : ١٠ .
- ثلاثة استمارات لم يوضح فيها بيان الجنسية .
- ٢ - ثلاثة استمارات أخرى جاءت الأجابة فيها سلبية تماما وتكاد تنحصر في (لا
أدري) .
- ٣ - وعلى الرغم من ذلك فهناك مؤشرات توضح ايجابية الاداة
(أ) اجابة السؤال (١١) هل هناك طلاب في مدرستك يتعاطون
المخدرات ؟ .
- (١٣) حالة تقر التعاطى (١٣) حالة اخرى لا أدري باقى الحالات
لا .

(ب) وجاءت اجابة السؤال (١٤) كم عدد الحالات الموجودة في مدرستك ؟

على النحو التالي :

أقل من ٥	٦ حالات
٦ - ١٠	٥ حالات
١١ - ١٥	حالة واحدة
١٦ - ٢٠	لا يوجد
أكثر من ٢٠	حالة واحدة .

(ب) دراسة الحالة Case Study

لم يعد هناك مجال لتجنب التحدى الذى طرحته مشكلة المعرفة الكيفية والذى تمثل أساسا في الاقتصاد على الكم دون الكيف ، ومن ثم فإن الاعتماد على بعض الطرق الانثروبولوجية ضرورى لدعم المعطيات والبيانات التى نريدها بصدد موضوع تعاطى المخدرات ، ومن ثم يتسنى لنا جمع الحقائق وتفسيرها واستخلاص دلالتها وسوف يكون اعتمادنا على :

١ - الملاحظة المباشرة :

والتي تمكن الباحثين الملاحظين من تسجيل بعض الانماط السلوكية أو الظواهر المرتبطة بالادمان ، وفي هذا الصدد ينبغي أن نأخذ في الاعتبار :
أ) كيفية بناء العلاقة بين الباحث الملاحظ وأفراد العينة .
ب) المادة التى يراد جمعها ، أو المعلومات التى نريد الحصول عليها .
ج) تسجيل المادة .

٢ - المقابلة الشخصية Personal Interview :

لعدد من الحالات المتاحة من المدمنين ، هنا يمكن الاعتماد على ما يسمى بالمقابلة الإيجابية **Positive Interview** حيث يترك المدمن مثلا يتحدث عن نفسه ومشكلاته وظروفه وتاريخه المرضى حتى يتسنى لنا الوصول الى نوع من التسجيل الوصفى لظروف التنشئة الاجتماعية في مرحلة الطفولة المبكرة ، والمتأخرة ، البناء الأسرى ، الوضع الاقتصادى ، طبيعة العلاقات ، بداية الادمان ، تاريخه الادمانى ، الآثار المترتبة ، الاحساس الذائق بالمشكلة ، وينبغى أن نؤكد أنه كلما زاد اختيار المدمنين ذوى الاتجاه الإيجابى نحو البحث كلما ازداد فهمنا للعوامل الاجتماعية التى دفعتهم للادمان .

هذا وقد أمكن إجراء عشر حالات Cases ، وكنا في كل حالة نلتقي بالمدمن ومنذ بداية اللقاء نحاول مساعدته للتخلص من توتراته ، مطالبين منه ان يساعدنا في التعرف على جانب من معاناته مع المخدر ، نترك له الحرية التامة لكي يتحدث في أسهاب ولا يتدخل الباحث بين الحين والآخر إلا لتوجيه الحديث أو لطلب المزيد من التفاصيل أو للانتقال من نقطة لأخرى ، ويتم التسجيل في حينه ، ملاحظة تعبيرات وجهه وحركاته . . اكتشاف التناقض في اقواله ، مواجهته بعد حين أو في جلسة تالية ببعض المعلومات او ايضاح المزيد من التفاصيل . . وعلى الرغم من الصعوبات التي واجهتنا في مقابلة هؤلاء المدمنين ، وعلى الرغم من محاولتنا التي باءت بالفشل في بعض الاحيان حتى لمجرد مقابلتهم فقد استطعنا الوصول الى مادة وثيقة الصلة بالمدمن ، علاقاته الأسرية ، تكيفه أو توافقه الأسرى ، علاقاته ، حالته الصحية والمزاجية ، كيفية الحصول على المخدر ، استخدام أكثر من مخدر . . الخ ، وعلى الرغم من الانتقادات التي يمكن أن توجه الى دراسة الحالة كما سوف نشير في حينه إلا أننا نعتبرها من أفضل الطرق السيوانثربولوجية وأكثرها فائدة اذا ما أريد الوصول الى نوع من المعرفة الكيفية .

رابعا : الصعوبات المنهجية :

- (١) صعوبات متعلقة بالعمل الميداني واستجابة المبحوثين .
- (٢) الصعوبات المنهجية المرتبطة أساسا باختيار العينة والثبات والصدق .

(أ) كان من أبرز الصعوبات التي واجهت فريق البحث عزوف بعض الاداريين ورواد الاسر والفصول عن المشاركة في هذا البحث نظرا لارتباطه بموضوع (ادمان أو تعاطي المخدرات) ، وعلى الرغم من المحاولة المستمرة لاعطائهم المزيد من الامان وحثهم على المشاركة سواء عن طريق الدخول معهم في مناقشة وحوار مباشر لتوضيح خطورة المشكلة ومبررات بحثها من ناحية ، وعن طريق الاتصال بمدرء هذه المدارس وطلب المساعدة واقتناع اعضاء هيئة التدريس والرواد والاختصاصيين بأهمية المشاركة ، وعن طريق ارسال (تعميم) من قبل وزارة التربية والتعليم الى هذه المدارس المعنية لاختطارها بأهمية البحث ، فضلا عن قيام ادارة الخدمة الاجتماعية في اجتئاعها التقليدي باخطار الاختصاصيين الاجتماعيين بأهمية المساهمة ، فان بعض الاداريين ورواد

الأسر والفصول اجمعوا عن المشاركة ، وعلى الرغم من أن هناك نسبة لا بأس بها من المشاركين في البحث إلا أن البعض حاول الهرب من إثبات الذات أو الهوية وقد انتصح ذلك في استجاباتهم لعدد من الاسئلة كذلك التي تشير الى الجنسية (١, ١٣٪ اغفلوا الاشارة الى الجنسية) أو الى السن (٦, ٥٪ لم يذكروا السن) أو الدين (١, ٣٪ اغفلت ذكر الديانة) وبدا العزوف في صورة صارخة عند ذكر المؤهل ، إذ بلغت نسبة أولئك الذين اغفلوا تحديد المؤهل ٩, ٦٦٪ من عينة الدراسة ، وكذلك عدد سنوات الخدمة إذ ذهب ٢, ١٦٪ الى عدم تحديدها ، و ١٥٪ الى اغفال ذكر عدد الابناء ، أو نوع الابناء ذكورا أم اناثا . . هروبا من اثبات الهوية . . بيد ان هناك استجابات اخرى استهدفت الابتعاد عن تناول مشكلة تعاطى المخدرات ، وخاصة تلك التي تدور حول الاعتقاد بانتشار ظاهرة التعاطى في المدرسة إذ اغفلت ٤, ٤٤٪ (٧١ حالة) الاجابة على هذا التساؤل ، وكذلك التساؤل المرتبط بتقديرهم لعدد حالات التعاطى بالمدرسة ، إذ أثر مائة من رواد الأسر والفصول والادارين والاختصاصيين يشكلون ٥, ٦٢٪ الابتعاد عن مثل هذه التقديرات ، بل ذهبت نسبة متفاوتة من العينة تتراوح بين ٩, ٥٦٪ الى ٦, ٦٥٪ الى القطع بعدم وجود خصائص جسمية أو سلوكية أو اجتماعية تميز المتعاطين ، ولا تبرير لذلك سوى رغبتهم في الابتعاد عن الخوض في مثل هذه الموضوعات خشية أن تثير استجاباتهم مشكلات قد يترتب عليها تهديد بقائهم وتفقدهم موارد رزقهم أو تجنبها . . للدخول في المزيد من التساؤلات عن أولئك الذين يلمنون أو يتعاطون فضلا عن ردود فعل الملمنين أنفسهم تجاههم الخ

هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فان الصعوبات التي واجهت فريق البحث عند تطبيق استهارة أولياء الأمور جعلتنا نتنازل عن بعض الاعتبارات المتهجية في ضوء الظروف المحيطة ، لقد فشلت محاولات مقابلة أولياء الأمور في محاولتين :

(أ) حاول فريق البحث مقابلة أولياء الأمور ممن يترددون على المدرسة خلال فترة تواجدهم في فترة الاختبار القبلي ولمدة ٨ أيام كما سبق الاشارة ثم خلال ديسمبر ١٩٨٦ دون جدوى .

(ب) اقترح فريق البحث على ادارة المدرسة عقد مجلس الآباء ، إلا أن الادارين والاختصاصيين وبعض رواد الأسر والفصول اوضحوا عقم هذه الطريقة إذ أن محاولاتهم المستمرة لعقد مجالس الآباء لا تسفر إلا عن حضور عدد محدود جدا من أولياء الأمور لا يتجاوز في افضل الحالات عشر المدعوين ، ففي المحاولة الأخيرة لعقد مجلس الآباء في مدرسة الدوحة الثانوية مثلا ، وجهت الدعوة لأكثر من ثلاثائة من أولياء الأمور ، ولم يتجاوز عدد الحضور الثلاثين بكثير وإن كانت غالبيتهم ممن ينتمون الى الجماعات العرقية الوافدة .

من هنا جاء التفكير في اللجوء الى طلاب الجامعة ممن ينتمون الى قسمي الاجتماع والخدمة الاجتماعية ، واختيار عدد من الطلاب عن لهم اشقاء في المرحلتين الاعدادية والثانوية ولدى آبائهم الاستعداد لملاء صحف الاستبيان ، وقد أمكن بالفعل حصر هؤلاء الطلاب ، وجمع البيانات بعد محاولات مكثفة استمرت طول عام ١٩٨٧ (ربيع ٨٧ ، خريف ٨٧) وإن كان هذا لم يمنع من وجود عدد غير محدود رفض الاستجابة (٨١ حالة) فلكي نحصل على استجابات مائة حالة ، قمنا بتوزيع ١٨١ صحيفة ، وقد تم توزيع الاستبيانات على عدد محدود من الطلاب في مجموعات من (٥ - ١٠) وتم تدريبهم بعد شرح اهمية البحث واستشارة محاسنهم على كيفية ملء الاستبيانات والكيفية التي توجه بها الاسئلة ، وقد تم بالفعل الحصول على مائة استمارة في الفترة السابق الاشارة اليها .

ثانيا : الصعوبات المنهجية المرتبطة باختيار العينة وثبات وصدق المعلومات :

منذ البداية ينبغي أن نوضح أن مشكلة المنهج في بحوث المخدرات والأدمان ما زالت قيد البحث واهتمام الذين يعملون في هذا المجال ، حاولنا التغلب على اختيار العينة ومدي تمثيلها كما سبق الاشارة ، فاستبعدنا طلاب الفرقة الاولى لعدم خبرتهم ودرايتهم بمدى وجود مشكلة التعاطي وتقديراتهم في هذا الصدد لتصبح العينة عمودية او متعمدة ، أما فيما يتعلق بعدم تمثيل الحالات العشر التي قمنا بدراستها كحالات Cases فكما سبق الاشارة ينبغي ان نقتل النتائج محدودة ومرتبطة بمحدودية العينة وإن كانت ولا شك قد ساعدت على وضوح الرؤى للمشكلة وابعادها كما سوف نشير في حينه ، وأيا كان الأمر فقد حاولنا التغلب على هذه المشكلات (بالنسبة لاستمارة الطلاب ، واعضاء الهيئة التدريسية) بارتفاع نسبة العينة ٢٠٪ للطلاب ، و ٣٣ ¼٪

لاعضاء الهيئة التدريسية ، نأتى بعد ذلك الى مشكلة ثبات وصدق الاداة* ، ولا شك أن هناك طرق كثيرة لحساب الثبات وقد أثرتنا طريقة اعادة الاستبيان أى اجرائه مرة اخرى على مجموعة من الطلاب محددة سبق لكل منهم ان اعطى رمزا لصحيفته ، ثم تكرار اعطاء نفس الرمز في المرة الثانية وحللت النتائج لمعرفة مدى الاتساق ، وبعد اجراء اختبار معامل الثبات *Reliability Coefficient* تبين أنه قد بلغ ٨٨ ،* وهو معامل مرتفع .

أما الصدق *Validity* يستهدف أن تقيس الاداة ما وضعت له ، أن الاداة تصبح صادقة اذا استطاعت أن تجمع المادة التي تستهدفها وقد تم ذلك عن طريق مناقشة محتويات الصحائف الأربعة من قبل لجنة البحث المشكلة من خبراء في علم النفس والتربية والاجتماع والانثربولوجيا والطبفسى ، في محاولة للبحث عن الثغرات ، مدى اتفاق المادة التي تصل اليها في الاختبار القبلي مع السلوك الواقعي ، لاشك ان المناقشة المستمرة من قبل هذه الهيئة المتخصصة تجعل الامل يحدونا في أن تكون الاداة صادقة ، وفي الحقيقة ان دور هذه الهيئة لم يقتصر على ذلك اذ امتد دورها طوال فترة البحث من خلال اجتماعات دورية بلغت اثنتا عشر اجتماعا كما سبق الاشارة ، ولقد كان لجهودها الكثير من الفائدة المرجوة خاصة وان لاعضائها تجربتهم الطويلة في مجالات تخصصاتهم المتباينة . ومن ناحية اخرى في محاولة تحقيق ثبات المعلومات وصدقها أثرتنا ان يقوم اعضاء هيئة التدريس المشتركين في البحث بملاء صحائف الاستبيان بأنفسهم ، فضلا عن ضرورة توجيه الاسئلة بكيفية واحدة خاصة بالنسبة لصحائف الطلاب واعضاء الهيئة التدريسية وتجنب شرح السؤال ، ولم تكن هناك حاجة بالفعل الى شرح الاسئلة اذ صيغت بطريقة واضحة ومحددة مفهومة ومدرکه الى حد بعيد .

خامسا : خطة التحليل :

(أ) تحليل طبقا لمستوى كل أداة على حده وادراك ما بين متغيراتها من علاقات وارتباطات .

* يذهب Fairchild الى تعريف الثبات : بمدى اتساق للمدة التي تصل اليها اذا ما اعيدت محاولة جمعها مرة اخرى على نفس الأفراد والظواهر تحت نفس الظروف أو ظروف أخرى مشابهه (٧) .

(ب) تحليل قطاعي للادوات الأربع : صحيفة الطلاب ، صحيفة رواد الأسر
والفصول والاختصاصيين ، صحيفة أولياء الأمور .. فضلا عن دراسة
الحالة .

الفصل الثاني

تحليل البيانات، ومناقشة النتائج

- . المستوى الأول : عرض البيانات وتحليلها وتفسيرها بالنسبة لكل أداة .
- . المستوى الثاني : العلاقات التبادلية بين نتائج الدراسة قضايا أساسية .

يتضمن هذا الفصل تحليل البيانات ومناقشة النتائج وفق مستويين هما :
- عرض البيانات ، وتحليلها ، وتفسيرها على مستوى الأداء (كل استمارة استبيان على حده) .
- تحليل العلاقات التبادلية بين نتائج استمارات الاستبيان بعضها البعض في ضوء قضايا أساسية .

ونعرض فيما يلي لكل مستوى من التحليل على حده :

المستوى الأول : عرض البيانات وتحليلها ، وتفسيرها بالنسبة لكل أداة :
اعتمدت الدراسة كما سبقت الإشارة على أداة الاستبيان ممثلة في أربع استمارات استبيان جمعت المادة من خلال ثلاث منها (للسبب سالف الذكر) وهي :
- استمارة الاستبيان الموجهة للطلاب .
- استمارة الاستبيان الموجهة لأولياء الأمور .
- استمارة الاستبيان الموجهة لأعضاء هيئة التدريس ورواد الفصول والأخصائيين الاجتماعيين .
ولنعرض فيما يلي لنتائج كل استبيان على حده :

أولاً : الاستبيان الخاص بالطلاب :

تضمنت هذه الأداة بنوداً رئيسية خمسة هي :
- بيانات أساسية .
- تصور وجود المشكلة .
- ملامح التعاطي .
- الأسباب الدافعة للتعاطي .
- مشكلات مرتبة على التعاطي ومحاولات التدخل لمواجهتها .
- ونفصل القول في كل بند من هذه البنود على النحو التالي :
أولاً - بيانات أساسية : ونعالجها في ضوء مجموعة من المتغيرات نذكر أهمها فيما يلي :

(١) السن :

تبين أن النسبة الغالبة من أفراد العينة (حوالي ٥٩٪) تقع ضمن الشريحة العمرية (١٦ - ٢٠ سنة) بينما تبلغ نسبة من يقعون في الشريحة العمرية الأقل (١٢ - ١٦ سنة) حوالي ٢١٪ . أما الذين تتجاوز أعمارهم ٢٠ عاماً فتبلغ نسبتهم حوالي ١٨٪ وتتنافس الشريحة العمرية (أقل من ١٢ سنة) لتبلغ ٩٪ (جدول رقم ١) .

ويكشف هذا البيان أن غالبية أفراد العينة تقع في الشريحة العمرية المقترنة بالدراسة في المرحلة الثانوية وهذا متسق مع عينة الدراسة إذ بلغت بين طلاب المرحلة الثانوية إضافة إلى المعهد الديني الثانوي ومركز التدريب المهني حوالي ٦٣٪ من جملة عينة الطلاب . بينما بلغت حوالي ٣٧٪ بالنسبة للمرحلة الإعدادية وهذا يتسق أيضاً مع الشريحة العمرية (١٢ - ١٦ سنة) سالفة الذكر .

أما نسبة من يقعون في الشريحة العمرية ٢٠ سنة فأكثر فيمكن تفسيرها في ضوء وجود أعداد من الطلاب بالمدرستين التجارية والصناعية الثانويتين إضافة إلى مركز التدريب المهني ، وهي تتميز بارتفاع نسبي في متوسط الأعمار بين طلابها لأسباب عديدة من بينها التأخر الدراسي .

وقد بلغ متوسط العمر للطلاب بالعينة ١٧ سنة بانحراف معياري قدره ٣,٢٥ .

(٢) الجنسية :

في حدود (٩٣٧) طالباً هم حجم العينة تبين أن النسبة الغالبة منهم حوالي ٦٤٪ من القطريين ويليهم - ويفارق كبير نسبياً - الفلسطينيون إذ لا تزيد نسبتهم عن ١٠٪ من جملة أفراد العينة ثم الأردنيون ٧٪ والمصريون ٦٪ تقريباً فاليمينيون (شمالى وجنوبى وغير محدد) ٢٪ ثم السودانيون ١٪ .

وتتنافس بعد ذلك نسب الجنسيات بالعينة إلى أقل من ١٪ (حوالي سبع عشرة جنسية) بلغت أذناها (١٪) ممثلة في طالب واحد من كل من : الإمارات العربية المتحدة، والعراق وتونس . (جدول رقم ٢) .

ومن الطبيعي أن تغلب نسبة القطريين بالعينة فهي لم تكن متمركزة في مدرسة معينة أو مدارس بالذات وإنما كانت شاملة وممثلة لمدارس عديدة (٥٠٪ من مدارس الدوحة) فضلاً عن تمثيلها للتعليم النوعى (صناعي - تجاري - ديني - مركز التدريب المهني) .

(٣) الوضع التعليمي للطلاب :

توزعت عينة الدراسة طبقا للمرحلة الدراسية بين تعليم ثانوي ، وآخر أعدادي وقد بلغت نسبة الطلاب بالمرحلة الثانوية حوالي ٦٧٪ بينما كانت النسبة بالمرحلة الإعدادية في حدود ٣٣٪ . (جدول رقم ٤) .

وتتسق هاتان النسبتان مع التصور الرئيسي للدراسة والذي انطلق من أنه يفترض أن الظاهرة موضوع الدراسة (تعاطي المخدرات) تبدو وبشكل أوضح في المرحلة الثانوية عنها بالمرحلة الإعدادية ذلك أن الشريحة العمرية الأولى تتسق مع إمكانية التعامل مع هذه الظاهرة . الأمر الذي فرض علينا اختيار عيّنتنا بشكل عمدي تغلب فيها نسب طلاب المرحلة الثانوية وتصل إلى الثلثين .

وقد أفادت البيانات بأنه في حدود نسب طلاب المدرسة الثانوية التي يتم فيها التشعب (٥٢,٥٪) (أدبي - علوم - رياضيات) قد ارتفعت من هم في شعبة العلوم حوالي ٣٧٪ مقابل ١٥٪ أدبي وأقلية شديدة في شعبة الرياضيات ٥,٥٪ (جدول رقم ٥) ويعكس ذلك شيئين : الأول أن واقع بعض المدارس التي تضمنت بالعينة يشهد بزيادة نسبة من هم في شعبة العلوم . أما الثاني فيرتبط بظروف العشوائية التي اتسم بها سحب العينة داخل المدارس والتي حددت بالتالي اطار العينة فجاءت على هذا النحو .

أما فيما يتعلق بتوزيع العينة للصف الدراسي فقد كشفت البيانات أن النسبة الغالبة سواء بالمرحلة الإعدادية أو الثانوية كانت من بين طلاب الصف الثاني (جدول رقم ٦) . وقد تم هذا بتعمد من منطلق أن طلاب الصف الأول حديثو العهد بالمدرسة ولم يتكيفوا بعد لنظامها، بل ويصعب تصوره لهم لدى أنتشارية الظاهرة كما سبق الإشارة، أما طلاب الصف الثالث فقد بلغت نسبتهم ٤١,٧٪ من جملة العينة .

وقد أبانت الجداول المرفقة (جدول رقم ٧) مسألة عدد مرات الرسوب حيث تبين أن النسبة الغالبة بين الطلاب (حوالي ٦٣٪) لم ترسب إطلاقا . غير أنه في حدود الراسين (أى ٣٧٪) بلغت نسبة من رسبوا مرة واحدة (حوالي ٣١٪) يليهم من رسبوا مرتين (حوالي ٦٪) ثم ثلاث مرات (حوالي ٤٪) ثم كلما زادت مرات الرسوب تددت النسب لتصل إلى حوالي ٣٪ لمن رسبوا تسع مرات غير أن هذا البيان لايعني شيئا في حد ذاته وقد بلغ متوسط عدد مرات الرسوب ٧, بانحراف معيارى قدره ١,٢ .

(٤) تعليم الأب، ومهته :

بلغت نسبة الأميين من بين آباء الطلاب حوالى ٣٤٪ غير أن هذه النسبة ترتفع قليلا بين من يقرأون ويكتبون إذ تصل إلى مايقرب من ٣٧٪ ثم تبدأ في التدنى الواضح بين من حصلوا على شهادات ابتدائية أو اعدادية حيث تساوت تقريبا (٨٪) لكنها ترتفع ثانية لتبلغ حوالى ١١٪ بين الحاصلين على شهادة ثانوية، ١٢٪ بين الجامعيين وحوالى ٦٪ بين الحاصلين على شهادة أعلى من الجامعية (جدول رقم ٨) .

ومن الملفت للنظر أن أكثر من نصف العينة (٥١٪) من الاميين والملمين بالقراءة والكتابة معا وهذه نسبة مرتفعة وبخاصة أن الشريحة العمرية لهؤلاء الآباء تقع بين ٤٠ - ٥٥ عاماً الأمر الذي يعكس ارتفاع نسبة الأميين بالعينة .

أما مايتصل بمهنة الأب فقد كشفت بيانات (الجدول ٩) عن تنوع مهني لافت للنظر غير أن المهن الغالبة كانت واضحة على الترتيب كما يلي : ارتفعت نسبة الموظفين المشتغلين بأعمال كتابية حكومية حيث بلغت حوالى ٣٣٪ ثم تساوت تقريبا بعد ذلك وبفارق نسبي كبير من هم بالمعاش ومن يعملون بالتجارة حيث بلغت نسبة كل منهم حوالى ١٢,٥ ٪ . أما المهن الفنية فقد بلغت نسبة من يعملون بها حوالى ٧,٥ ٪ وتلتها مباشرة من يعملون بالتدريس (٦٪) .

وتتسق هذه النتيجة إلى حد كبير من مثيلتها بين أولياء الأمور (وهم عينة أخرى) كما سنرى فيما بعد . أما الفروق فقد ظهرت واضحة في عينة الطلاب لزيادة حجمها حوالى تسعة أضعاف عينة أولياء الأمور (٩٣٧ : ١٠٠) .

(٥) ترتيب الأبناء في الأسرة :

يبين الموقف العام لترتيب المبحوث ضمن أخوته بالأسرة أن الترتيب الأول كان يستحوذ على أعلى النسب (٣٠٪) يليه الثانى (حوالى ١٥٪) ثم الثالث (١٤٪) وهكذا . . . إلى أن تنخفض النسبة كلما جاء ترتيب المبحوث متأخرا فمثلا حينما جاء ترتيبه الثامن كانت نسبة هؤلاء ٢,٢ ٪ أما نسبة المتمين الى من كان ترتيبه التاسع فقد بلغت حوالى ١,٧ ٪ (جدول رقم ١٠)

ويؤكد هذا البيان أن الشريحة العمرية للآباء (٤٠ - ٥٥ عاما) من الطبيعي أن تنجب أبناء يقعون في الشريحة العمرية (١٦ - ٢٠ عاما) وهناك نسبة كبيرة منهم (حوالى ٦٠٪) يتراوح ترتيبهم بين الأول والرابع .

ويمكن استخدام هذه المسألة في تفسير فكرة التواصل بين الأجيال وعلاقة الوالدين بالأبناء، والسلطة الوالدية الخ وعلاقة ذلك بمشكلات الدراسة .
وقد بلغ متوسط ترتيب التلميذ في أسرته بالعينة ٢٩, ٣ بانحراف معياري قدره ٢, ٣ .
ومن اللافت للنظر أن ترتيب الأبناء الذكور ضمن العينة قد جاء دائماً قبل الإناث ورغم أن ذلك في حد ذاته لا يعنى شيئاً إلا أنها قضية يمكن أن تثار في ارتباطها بسلوك الأبن بالأسرة، وبالعلاقات بوالديه وأخوته، وبأسلوب التنشئة الاجتماعية السائد بالأسرة الخ [الجداول من (١١) الى (١٥)] .

(٦) السكن :

في حدود ثمانية وأربعين منطقة سكنية (فريج) بالدوحة وضواحيها توزعت عينة الدراسة وكانت مشتتة إلى حد بعيد للدرجة التي لا يمكننا معها إلا تمييز عدة مناطق لافتة للنظر وذلك على النحو التالي :

كانت النسبة المرتفعة (حوالي ٨٠٪) تسكن حيا واحدا هو فريج بن عمران، وتلاه مباشرة مدينة خليفة الشالية (حوالي ٦٪) ثم فريج بن محمود (٥٪) .

أما الدوحة الجديدة فقد بلغت نسبة ساكنيها ضمن العينة ٤٪ ثم تلا ذلك المطار القديم والريان الجديد (٦, ٣٪ في كل) .

وتساوت بعد ذلك تقريبا كل من أحياء : المنصورة، والوكرة، والمنتره، والغرافة وكانت نسبة كل منهم تدور حول ٣٪ . (جدول رقم ١٦)

ويمكن تفسير ذلك مكانيا حيث أنه رغم الصغر النسبي لمدينة الدوحة إلا أن التوزيع الجغرافي يلزم - الى حد ما - بالالتحاق بالمدارس التي تقع قريبا من الحي السكني وكل الأحياء السابقة مناطق للسكني وتوجد بها مدارس اعدادية وثانوية، من هنا جاء توزيع الطلاب على هذا النحو .

وفيا يتعلق بحجرات المسكن اتضح أن النسبة الغالبة (٦٢٪) تقطن بمساكن تتكون بين أربع حجرات وثمان حجرات . وداخل هذه النسبة تصل نسبة من يسكنون في ٥ - ٦ حجرات ٣٣٪ من النسبة السابقة . أما ما دون ذلك (أي أقل من ٤ حجرات) فلا تتجاوز نسبتهم ١١٪ بينما تنفتت نسبة من يقطنون في أكثر من ذلك إلى نسب ضئيلة تصل إلى أقل من ١٪ عندما تزيد الحجرات إلى ١٥ حجرة . (جدول رقم ١٧) .

ومن الطبيعي أن يناقش هذا البيان بنوعيه المسكن وغطه فضلا عن المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة وعدد أبنائها .

وقد بلغ متوسط حجرات المسكن في العينة ٦,٦ حجرة بانحراف معياري قدره ٤,٣٤ .

وفيا يتصل بنوعية المسكن وغطه أفادت البيانات بأن نسبة من يملكون منازلهم تبلغ أكثر من نصف حجم العينة (٥٢٪) بينما تجاوزت نسبة الذين يقطنون بمسكن حكومي الربع بقليل (٢٧٪) في حين وصلت نسبة من يستأجرون منازلهم حوالي ٢١٪ . (جدول رقم ١٨) .

وتفسر هذه النتيجة في ضوء توزيع العينة طبقا للجنسية حيث تبلغ نسبة القطريين بها حوالي ٦٣٪ ومعظمهم يملكون منازلهم . أما غط المسكن فقد اتضح أن نسبة الذين يقطنون « بيتا شعبيا » بلغت حوالي ٥٠٪ يليهم من يسكنون « فيلا » وتصل نسبتهم إلى حوالي ٣٢٪ ثم أخيرا من يقيمون « بشقة » حيث لم تزد نسبتهم عن ١٢٪ .

ثانيا : تصور وجود المشكلة :

ويمكن أن نعرض لهذا الجانب في ضوء مايلي من عناصر :

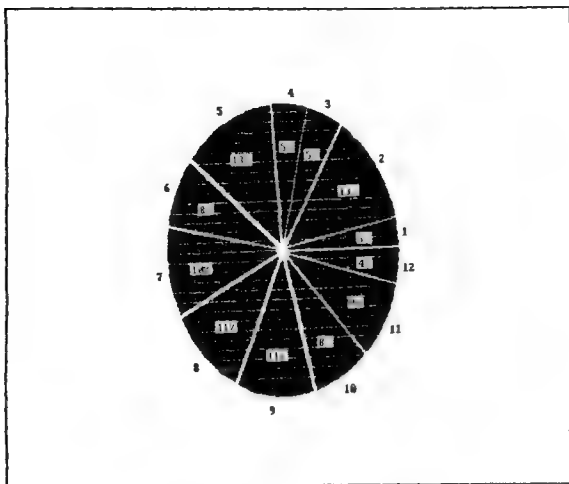
(١) المواد المخدرة، ومصدر السماع عنها :

تناول الجدول رقم (٢٠) توزيع افراد العينة وفق تصورهم للمواد المخدرة (طبقا للقائمة الواردة باستشارة الاستبيان) وأنه في حدود إحدى عشرة مادة مخدرة وردت مصنفة بالقائمة بالسؤال رقم (١٢) باستبيان الطلاب ذكر حوالي (١٤٪) منهم أن الحشيش مادة مخدرة ثم تلي ذلك مباشرة من قالوا بالأفيون (١١,٧٪) ثم الهيروين (١١,٦٪) ثم الكوكايين (٤,١١٪) وواضح أن الفروق الإحصائية بين هذه الموارد التقليدية ضئيلة للغاية ، غير أنه من اللافت للنظر أن يأتي بعدها مباشرة : البترول والصمغ والغراء معا بنسبة ١٠٪ وهي مواد « عملية يرتبط استعمالها بمسألة التجربة والخطأ والخبرة المكتسبة أو الخبرة المنقولة وما إلى ذلك .

أما مركبات الأفيون والمورفين والكوداين فقد بلغت نسبة من تعرف عليها كمخدر حوالي ٨,٥٪ وهي نفس نسبة من أكلوا معرفتهم بحبوب الهلوسة . ثم تتلنى بعد ذلك بقية المواد فتأتى النومات ٦,٥٪ ثم المهدئات الخ .

جدول رقم ٢٠ :
توزيع العينة وفق تصورهم لنوعية المواد المخدرة (س ١٢)

م	المواد المخدرة	التكرار	النسبة
١	أسبرين	١٨٢	٪ ٢,٨
٢	حشيش	٩٠١	٪ ١٤
٣	حبوب منبهة	٣٢٠	٪ ٥
٤	مهدئات فاليوم روش ٢	٣٣٤	٪ ٥,٢
٥	المنومات	٩١٤	٪ ٦,٥
٦	حبوب الهلوسة	٥٥٤	٪ ٨,٦
٧	الكوكايين	٧٣٤	٪ ١١,٤
٨	الهروين	٧٩٢	٪ ١١,٦
٩	الأفيون (ترياق)	٧٥٤	٪ ١١,٧
١٠	مركبات الأفيون المورفين، الكوداين	٥٩٣	٪ ٨,٥
١١	البترو والصبغ والفراء	٦٤٩	٪ ١٠,١
١٢	أخرى تذكر	٢٩٢	٪ ٤,٥



توزيع العينة وفق تصورهم لنوعية المواد المخدرة

١	أسبرين	٢	٢	٢	حشيش	١٤	%
٣	حبوب منبهة	٥	٥	٤	مهلثات فاليوم روش	٥	%
٥	المنومات	٦	٦	٦	حبوب الملوسة	٨	%
٧	الكوكايين	١١	١١	٨	المهيروين	١١	%
٩	الأفيون (ترياق)	١١	١١	١٠	مركبات الأفيون المورفين، الكودايين	٨	%
١١	البتريول والصمغ والغراء	١٠	١٠	١٢	أخرى تذكر	٤	%

كما أن هناك حوالي ٥, ٤٪ من جملة العينة ويبلغ عدد استجاباتهم ٢٩٢ استجابة قد أضافوا مواد أخرى واضحة بالجدول رقم « ٢١ » .

جدول رقم « ٢١ »
توزيع العينة وفق نوعية المواد المخدرة
[أخرى تذكر]

النسبة	التكرار	نوع المخدر	
٧٢٪	٦٧٥	غير ميين (أولئك الذين ذكروا المخدرات في الجدول السابق)	
		غزل أسود + سجائر	١
١,١٪	١٠	سفن أب + ييف ياف	٢
١٪	١	سفن أب + بيرة	٣
٣٪	٣	حبوب من الصيدليات (كل خمس حبات مرة واحدة)	٤
٢,٧٪	٢٥	دواء البروتوفيل للكحة	٥
٥,٢٪	٤٩	كولونيا	٦
١,٨٪	١٧	كريم نيقيا بالخبز	٧
٥٪	٥	حرق النمل وشم رائحته	٨
٢٪	٢	ماكس فورس	٩
٩٪	٨	البان على اليسى كولا وأخذ الاستيم والتطعيم به	١٠
١٪	١	خبز في ملسورة العلام مع تشغيل المحرك	١٢
٥,٢٪	٤٩	القات	١٣
٢٪	٢	الإيسر	١٤
١,٥٪	١٤	العرقى	٢٠
١٪	١	الكلوروفورم	٢١
٢٪	٢	الماريجوانا	٢٢
٣٪	٣	المسل + الكردي (خفيف)	٢٤
٣٪	٣	مكس (خليط من هروين + كوكايين)	٢٥
١٪	١	برادة الألومنيوم	٢٦
١٪	١	تبياك ثقيل	٢٧
١٪	١	توم + هيل + قشور الحمضيات	٢٨

تابع جدول رقم « ٢١ »
توزيع العينة وفق نوعية المواد المخدرة
[أخرى تذكر]

النسبة	التكرار	نوع المخدر	
٢ , ٢ %	٢	تيم + أسبرين	٢٩
١٣ , ١ %	١٣	حبوب تريزول (صفراء)	٣٠
١٦ , ١ %	١٦	سبرتو + عطر	٣١
٢ , ٢ %	٢	شوكي (بودرة مخدرة)	٣٢
١ , ١ %	١	عصارة الأشجار	٣٣
٦ , ١ %	٦	غاز الولاة	٣٤
٧ , ٧ %	٧	كبسولات فاليم (المخدرة)	٣٥
٢ , ٢ %	٢	كسزك	٣٦
١ , ١ %	١	(كوتش) اطار السيارات	٣٧
١ , ١ %	١	مخلد أستيكي (يضعف الصوت)	٣٨
١ , ١ %	١	أستون (مزيل الكتابة)	٣٩
٧ , ٧ %	٧	غل + أكفيد + نيفيا + شعر العقال	٤٠
٣ , ٣ %	٣	يسود	٤٢

ففي حدود اثنين وأربعين مادة مخدرة أضافتها النسبة سالفة الذكر (غير المواد السابقة) تفاوتت الاستجابات بشأنها من حيث التكرارات الواردة بخصوصها فهي جميعا قد وردت على السنة من أجابوا بأن هناك مواد أخرى غير تلك التي ذكرت .

وقد كانت مادتا : الكولونيا، والقات على قمة المواد المخدرة التي أشرت في تحديدها ٢ , ٥ % من العينة في كل منها . ثم تل ذلك مباشرة - وإن كان بفارق نسبي كبير - دواء « البروتوفيل » للكحة حيث بلغت نسبة من أكلوا عليه ٢ , ٧ % ثم « كريم نيفيا بالخير » (١ , ٨ %) ثم إضافة الكحول على العطر (١ , ٧ %) ويليها العرقى (١ , ٥ %) ثم حبوب التريزول الصفراء (١ , ٤ %).

ثم النمل الأسود مخلوطا بالسجائر (١ , ١٪) وتلدى بعد ذلك الاستجابات تجاه بقية المواد إلى أقل من ١٪ .

وإن دل هذا فإنما يدل على استخدام المواد الطبية (الأدوية) كمخدرات في غير مواضعها التي قدرت لاستعمالها فضلاً عن شيوع المواد التخليقية الموجودة بالبيئة والتي قد يؤدي تفاعلها إلى سريان المفعول التخديري وهي اما قد لا يوجد لها نظير في البيئات الأخرى وتكون وليدة البيئة المحلية (عن طريق التجربة والخطأ) أو تكون قد تمت معرفتها عن طريق « النقل الثقافي » بالاحتكاك مع الجماعات الوافدة وبخاصة الهنود والباكستانيين .

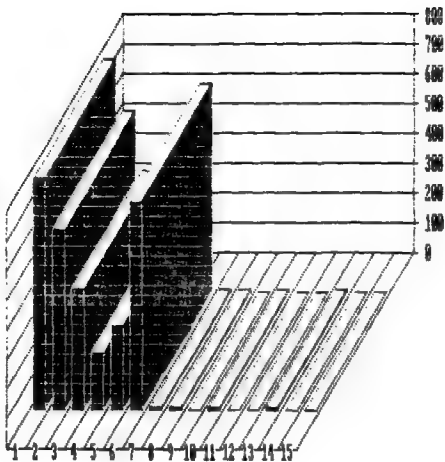
غير أنه ينبغي أن نتعامل مع هذه المواد في عرضنا لها بحذر شديد إذ أننا لم نتحقق بعد من درجة تأثيرها كمخدرات ، وإنما فقط قمنا بحصرها وجمعها كما أوضح أفراد العينة حين سئلوا عن تصورهم للمواد المخدرة وتقييمهم لها .

أما فيما يتعلق بمصدر السماع عن هذه المواد جميعاً فقد ذهب نسبة بلغت حوالي ٢٦٪ أنهم سمعوا عنها عن طريق الأفلام والمسلسلات تلاهم (مايقرب من ٢٣٪) من تعرفوا عليها عن طريق الصحافة ، ثم من أفلام ومسلسلات الفيديو (حوالي ٢٠٪) ويمثل الزملاء والأصدقاء مصدر المعرفة الرابع حيث بلغت نسبة الاستجابة لهذا المتغير حوالي ١٣٪ ويمثل السفر للخارج مصدر المعرفة التالي نسبة بلغت حوالي ٩٪ . أما الأقارب والأخوان كمصدر للمعرفة مايقرب من ٦٪ .

وقد تضاءلت الاستجابات الواردة بعد ذلك ضمن المجموعة التي استجابت « بأخرى تذكر » (أقل من ١٪) . ولا يرجع ذلك إلى عدم أهمية المتغيرات الواردة كمصدر للسماع عن المواد المخدرة فمعظمها كان شديد الأهمية (جدول رقم ٢٢) وإنما يعود إلى تشتت الاستجابات العديدة ضمن عينة محدودة .

جدول رقم « ٢٢ »
توزيع العينة وفق مصدر الساع عن المواد المخدرة

المصدر	التكرار	النسبة
١ من الأفلام والمسلسلات (تلفزيون)	٧٨٧	٪٢٥,٦
٢ من الأفلام والمسلسلات (فيديو)	٦٠٦	٪١٩,٧
٣ زملاء وأصدقاء	٤٠٥	٪١٣,١
٤ أقارب وإخوان	١٩٤	٪ ٦,٣
٥ من السفر للخارج	٢٨٤	٪ ٩,٢
٦ الصحف والمجلات	٦٩٧	٪٢٢,٦
٧ رجال الشرطة	٦	٪ ,٦
٨ القراءة (دون تحديد)	٥	٪ ,٥
٩ من الأبناء والأمهات	١	٪ ,١
١٠ من الرؤية المباشرة	٦	٪ ,٦
١١ من الملحقين أنفسهم	٢	٪ ,٢
١٢ البرامج الطبية	٣	٪ ,٣
١٣ المواقف في المساجد	٨	٪ ,٩
١٤ محاضرة أو ندوة ثقافية	٣	٪ ,٣
١٥ غير محدد	٤	٪ ,٤



توزيع العينة وفق مصدر السماع عن المواد المخدرة

١, %	٩ من الآباء والأمهات	٢٥,٦ %	١ من الأفلام والمسلسلات (تلفزيون)
٦, %	١٠ من الرؤية المباشرة	١٩,٧ %	٢ من الأفلام والمسلسلات (فيديو)
٢, %	١١ من الممتعنين أنفسهم	١٣,١ %	٣ زملاء وأصدقاء
٣, %	١٢ البرامج الطبية	٦,٣ %	٤ أقارب وإخوان
٩, %	١٣ المواظ في المساجد	٩,٢ %	٥ من السفر للخارج
٣, %	١٤ محاضرة أو ندوة ثقافية	٢٢,٦ %	٦ الصحف والمجلات
٤, %	١٥ غير محدد	٦, %	٧ رجال الشرطة
		٥, %	٨ القراءة (دون تحليل)

(٢) السفر للخارج (احتمالية السفر وعدد مراته ومدته وأوليياته) :

بلغت نسبة من سافروا للخارج (مرة أو أكثر) ٧٩٪ تقريباً (جدول رقم ٢٣)، وهذا وقد تراوحت استجابات الأفراد فيها تتعلق بعدد مرات السفر اجمالاً (بغض النظر عن مدة الإقامة في السفرة الواحدة أو البلد المزار) بين مرة واحدة وثلاثين أو أكثر وكانت أعلى النسب في السفرة لمرة واحدة ٣٤٪ ثم أخذت هذه النسبة في الانخفاض تدريجياً حتى المرة العاشرة فالذين سافروا مرتين بلغت نسبتهم حوالي ١٥٪ ثم ثلاث مرات ١١٪ ثم أربع مرات ٧٪ وخمس مرات ٥٪ وهكذا . . . حتى تصل إلى حوالي ٢٪ لمن سافروا عشر مرات .

وتبدأ النسب بعد ذلك - وحتى ثلاثين مرة - في التضاؤل الشديد للدرجة أننا لا نكاد نميز نسبة ارتفعت كثيراً عن ١٪ بعد ذلك . (جدول رقم ٢٤) .
أما مدة السفر للخارج فقد بدأت بأقل من شهر وامتدت لأكثر من ثلاثين شهراً مصنفة لفئات طول كل منها شهراً واحداً . (جدول رقم ٢٥) .

ومثلاً حدث في متغير عدد مرات السفر لاحظنا نفس الشيء في هذا المتغير إذ أن السفرات قصيرة المدة (أقل من شهر) تحتل النسبة الغالبة (حوالي ٢٨٪) يليها من شهر إلى اثنين حيث بلغت نسبتهم حوالي ١٧٪ ثم من ٢ - ٣ شهور حيث بلغت حوالي ١١٪ ثم من ٣ - ٤ شهور حيث بلغت حوالي ٦٪ . . وهكذا حتى وصلت نسبة الذين سافروا المدة من ٦ - ٧ شهور حوالي ٢٪، ثم تضاعلت النسب بعد ذلك إلى أقل من ١٪ كلما طالت مدة السفر . . . ومن السهولة يمكن أن نجد تفسيراً لذلك إذ أننا نسأل عن السفر خلال فترة العطلة الصيفية والتي لا تمتد لأكثر من ثلاثة شهور .

وتجميعاً لعنصرى عدد مرات السفر، ومدته طبقاً لأوليويات السفر الست إلى البلدان المختلفة (الجدول من ٢٦ - ٣١) وأفانا التحليل الإحصائي بما يلي :

- بلغ متوسط عدد مرات السفر للبلد ذات الأولوية رقم (١) ٣, ٤٤ مرة، وبلغت المدة في المتوسط ٦١, ٥٦ يوماً .
- بلغ متوسط عدد مرات السفر للبلد ذات الأولوية رقم (٢) ١, ٩٤ مرة، وبلغت المدة في المتوسط ٣٩, ١٦ يوماً .

- بلغ متوسط عدد مرات السفر للبلد ذات الأولوية رقم (٣) ١,٥٧ مرة، وبلغت المدة في المتوسط ٢٠,٥٣ يوماً .

- بلغ متوسط عدد مرات السفر للبلد ذات الأولوية رقم (٤) ١,١٨ مرة، وبلغت المدة في المتوسط ١٤,٣٥ يوماً .

- بلغ متوسط عدد مرات السفر للبلد ذات الأولوية رقم (٥) ٨٩, مرة، وبلغت المدة في المتوسط ٧,١٩ يوماً .

- بلغ متوسط عدد مرات السفر للبلد ذات الأولوية رقم (٦) ٧١, مرة، وبلغت المدة في المتوسط ٦,٠٨ يوماً .

وقد أمكن تصنيف أفراد عينة الدراسة طبقاً لتفضيلاتهم للبلدان التي يسافرون إليها إلى أربع مجموعات كان الاستجابات بشأنها على النحو التالي :

(أ) تفضيل السفر للبلدان مجلس التعاون لدول الخليج العربية :

برزت دولة الإمارات العربية المتحدة، والمملكة العربية السعودية على الترتيب ونسبة تصل إلى حوالي ٣٢٪ في كل منهما كدولتين مفضلتين للطلاب القطريين في السفر .
وبلجها - وبفارق نسبي كبير - (٢١٪) البحرين، ثم تتلنى النسبة إلى النصف تقريباً فيمن أختاروا الكويت (١٢٪) ثم عمان ولم تزد نسبتهم عن ٣٪ (جدول رقم ٣٢) .

ولا يمكن تفسير هذا الاختيار المجرد (حيث كان السؤال مجرداً أيضاً) سواء تم بنسبة لافتة للنظر من حيث القوة أو الضعف إلا في ضوء متغيرات أخرى ترتبط بموضوع الدراسة وبأسباب تفضيل السفر لبعض البلدان عن الأخرى وهذا لم يكن وارد بالسؤال .

• أظهرت بيانات الجداول من رقم (٢٦) إلى رقم (٣١) تحليلاً تفصيلياً لتفضيل أفراد عينة الدراسة للسفر إلى بلدان العالم مصنفة إلى أربعة مجموعات هي : بلدان مجلس التعاون لدول الخليج العربية، والدول العربية (الآسيوية والأفريقية)، والدول الآسيوية (غير العربية)، وأخيراً دول أوروبا الغربية والشرقية ودول أمريكا الشمالية والجنوبية، وأوضحت بيانات هذه الجداول أفضلية السفر إلى بلدان هذه المجموعات من الدول ورتبت الأولويات من خلال هذه المجموعات .

(ب) تفضيل السفر للدول العربية (الآسيوية والأفريقية) :

تحتل مصر أولوية واضحة (٤٤٪) فيما يتعلق بجهة السفر المفضلة لدى أفراد العينة بالنسبة للدول العربية ثم تليها وبفارق نسبي كبير الأردن (١٧٪) ثم سوريا (١٢٪) ولبنان (٩٪) وفلسطين المحتلة (٥٪) ثم العراق (٤٪) وتتبدى النسب بعد ذلك لتصل إلى حوالي ٣, ٠٪ بالنسبة لكل من موريتانيا والصومال (وهي بطبيعة الحال موطن بعض أفراد العينة) . (جدول رقم ٣٣) .

(ج) تفضيل السفر للدول الآسيوية (غير العربية) :

كانت الهند هي الدولة رقم واحد في اختيار السفر ضمن هذه المجموعة من الدول وقد بلغت نسبة المفضلين للسفر إليها (نحو ٤٥٪) وتلتها مباشرة - ولكن بفارق نسبي كبير تركيا إذ بلغت نسبتها (٢١٪) ثم تايلاند (٨٪)، أما إيران (حوالي ٧٪) ثم كوريا الجنوبية (حوالي ٥٪) وتتبدى بعد ذلك بقية النسب لتصل إلى أدناها في نيبال (حوالي ٤, ٠٪) . (جدول رقم ٣٤) .

ولم تكن مفاجأة أن وافتنا البيانات باختيار الهند للسفر كأولوية أولى بهذه النسبة اللاحقة للنظر ولهذا صلة كبيرة بموضوع دراستنا يمكن اكتشافها استنتاجا . فالهند تمثل « سوقا » لبيع المخدرات بكافة أنواعها وبأسعار أقل كثيرا من وجودها بأي مكان آخر . كما تلعب العمالة الهندية الموجودة بقطر دورا بالغ الأهمية في تشجيع السفر إليها، فضلا عن الصلات التاريخية والحضارية والجوار الجغرافي وغير ذلك من العوامل، وأيا كان الأمر فإنه ينبغي أن نكون حذرين لأن هذه الصلة سواء بالنسبة للهند أو لغيرها في حاجة إلى مزيد من الاستقصاء والبحث، والمادة المتاحة لاتسوع لنا هذا الاستنتاج أو التكهّن يقينا .

(د) تفضيل السفر لدول أوروبا الغربية والشرقية ودول أمريكا الشمالية والجنوبية :

أظهرت البيانات أن بريطانيا تمثل الرغبة الأولى للسفر حيث بلغت نسبة المسافرين إليها من العينة (٣٧, ٥٪) ثم تلتها - وبفارق نسبي كبير - فرنسا (١٢, ٥٪) أما من حدود ألمانيا الاتحادية فقد بلغت نسبتهم حوالي (١١٪) . وقبرص حوالي (٨٪) وتلتها الولايات

المتحدة الأمريكية (٧٪) ثم النمسا (٦٪) وبلغت نسبة من حددوا اليونان حوالي ٤,٥ ٪ (جدول رقم ٣٥) .

(٣) الإدراك العام والخاص للمشكلة :

عندما سئل أفراد العينة عن مدى إدراكهم لوجود مشكلة لتعاطي المخدرات بين الشباب عموماً في قطر أكد حوالي ٦٨٪ من جملة أفراد العينة أنهم يدركون وجودها، بينما تصل نسبة من « لا يدرون » إن كانت موجودة أو لا حوالي ٢٨٪ مقابل تدق نسبة أولئك الذين أكدوا بأنه لا توجد مشكلة أصلاً (حوالي ٣٪) . (أنظر جدول رقم ٣٦) .

جدول رقم ٣٦ :

توزيع العينة وفق إدراكهم

لوجود مشكلة « لتعاطي المخدرات بين الشباب في قطر »

وجود المشكلة من عدمه	التكرار	النسبة
غير مبين	١٠	١,١ ٪
نعم	٦٤١	٦٨,٣ ٪
لا	٢٧	٢,٩ ٪
لا أدري	٢٦٠	٢٧,٧ ٪

وينبغي أن تؤخذ نسبة الذين ذهبوا إلى أنهم لا يدرون إن كانت هذه المشكلة موجودة وقائمة أم لا (٢٨٪) بحذر بالغ إذ أن ارتفاعها النسبي يفسره طبيعة الموضوع الذي يسأل عنه والتحفظ والشك والريبة التي لوحظت أثناء إجراء الدراسة وذلك رغم المحاولات التي بذلت للحد من ذلك (كما ذكر أنفاً بالفصل الأول) .

غير أن نسبة أولئك الذين « لا يدرون » ترتفع ارتفاعاً واضحاً عندما سئل أفراد العينة سؤالاً مباشراً عن مدى معرفتهم بتلاميذ بمدرستهم يتعاطون المخدرات فقد بلغت حوالي ٥٤٪

مقابل نسبة لم تزد عن ٣٢٪ الذين أكدوا وجود المشكلة ، في حين بلغت نسبة الذين ادعوا بأنه لا توجد مشكلة حوالي ١٢,٥ ٪ . (جدول رقم ٣٧) .



توزيع العينة وفق إدراكهم

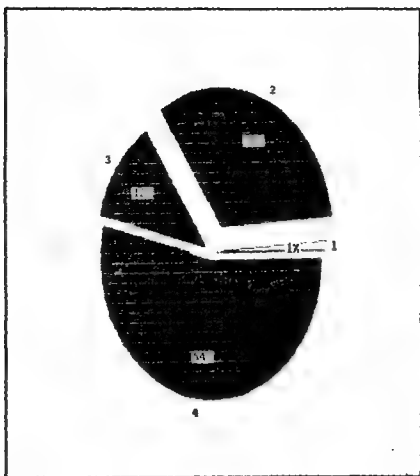
لوجود مشكلة « لتعاطي المخدرات بين الشباب في قطر »

١	غير مبين	٪ ١,١
٢	نعم	٪ ٦٨,٣
٣	لا	٪ ٢,٩
٤	لا أدري	٪ ٢٧,٧

جدول رقم « ٣٧ »
توزيع العينة وفقاً لمعرفتهم
أن « تلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات »

م	يتعاطون / لا يتعاطون	التكرار	النسبة
١	غير معين	٨	٩,٠ %
٢	نعم	٣٠٥	٣٢,٤ %
٣	لا	١١٧	١٢,٥ %
٤	لا أدري	٥٠٨	٥٤,٢ %

ووفقاً لنفس التحفظ الذي قيل سلفاً لتفسير ارتفاع نسبة « الذين لا يدرون » يمكن الاستئناس به هنا أيضاً، ولعل ارتفاعه النسبي عن مثيله السابق يفسره أننا نسأل المبحوثين هنا عن أدراكهم الخاص لوجود مشكلة التعاطي بمدرستهم الأمر الذي كان من الطبيعي أن يشير تحفظهم وتخوفهم بشكل أوضح .



توزيع العينة وفقاً لمعرفتهم
 أن « تلاميذ المدرسة يتعاطون المخدرات »

١	غير مبين	٩,٠ %
٢	نعم	٤,٣٢ %
٣	لا	٥,١٢ %
٤	لا أدري	٢,٥٤ %

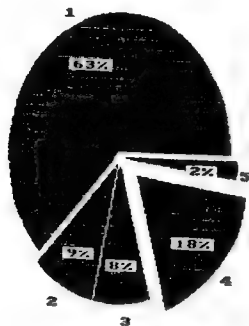
وعندما حاولنا التعرف على إذا كان ادراكهم لهذه المشكلة عموماً قد حدث قبل الالتحاق بالمدرسة أم بعده لوحظ أن حوالي ٦٢,٥ % لم تجب على هذا السؤال (غير مبين) أما النسبة المتبقية (٣٧,٥ %) فقد توزعت استجاباتها لترتفع نسبة من أجابوا بأنهم أدركوا المشكلة بعد التحاقهم

بمدة طويلة حوالي ١٨٪ يليهم من أدركوها قبل الالتحاق (٩,٥٪) ثم من عرفوا بها بعد الالتحاق مباشرة (٨,٣٪) . (جدول رقم ٣٨) .

جدول رقم ٣٨ :

توزيع العينة وفقاً لإدراكهم
للمشكلة قبل الالتحاق بالمدرسة أم بعده

م	الأدراك للمشكلة	التكرار	النسبة
١	غير معين	٥٨٦	٦٢,٥٪
٢	قبل الالتحاق	٨٨	٩,٤٪
٣	بعد الالتحاق مباشرة	٧٨	٨,٣٪
٤	بعد الالتحاق بمدة طويلة	١٧٢	١٨,٣٪
٥	أخرى	١٤	١,٥٪



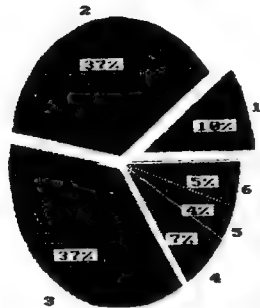
توزيع العينة وفقاً لأدراكهم
للمشكلة قبل الالتحاق بالمدرسة أم بعده

١	غير معين	٦٢,٥%
٢	قبل الالتحاق	٩,٤%
٣	بعد الالتحاق مباشرة	٨,٢%
٤	بعد الالتحاق بفترة طويلة	١٨,٣%

أما عن حيث كيفية المعرفة بوجود المشكلة فقد توزع أفراد العينة طبقاً لاستجاباتهم فقد ذهبت نسبة بلغت حوالي ٣٧٪ إلى أنهم أمكنهم التعرف على وجود المشكلة عن طريق حديث زملائهم عنهم . كما دلت النتائج أن نسبة مماثلة (٣٧٪) قد ميزت الذين تعرفوا على المشكلة عن طريق الملامح الجسمية والنفسية للمتعاطين بالمدرسة . وتنخفض النسبة بشكل لافت للنظر بعد ذلك ليؤكد ١٠٪ تقريباً أنهم عرفوا ذلك من رؤيتهم المباشرة للمتعاطين أما عن شكوى المدرسين منهم كمصدر للتعرف على وجود المشكلة فلم تزد نسبة الاستجابة له عن ٧٪ .
(جدول رقم (٣٩) .

جدول رقم ٣٩
توزيع العينة وفقاً
لكيفية المعرفة بوجود المشكلة

النسبة	التكرار	كيفية المعرفة	
١٠,٢٪	٥٥	من رؤيتي لبعض التلاميذ يتعاطون	١
٣٦,٩٪	١٩٩	من الملامح الجسمية والنفسية	٢
٣٧٪	٢٠٠	من حديث زملائهم عنهم	٣
٦,٩٪	٣٧	من شكوى المدرسين منهم	٤
٣,٧٪	٣٠	من بعض العمال بالمدرسة	٥
٥,٤٪	٢٩	أخري تذكر	٦



توزيع العينة وفقاً

لكيفية المعرفة بوجود المشكلة

١	من رؤيتي لبعض التلاميذ يتعاطون	٪ ١٠,٢
٢	من الملامح الجسمية والنفسية	٪ ٣٦,٩
٣	من حديث زملائهم عنهم	٪ ٣٧
٤	من شكوى المدرسين منهم	٪ ٦,٩
٥	من بعض العمال بالمدرسة	٪ ٣,٧
٦	أخرى تذكر	٪ ٥,٤

ونخلص من ذلك أن « أحاديث الزملاء عن المتعاطين » للملامح الجسمية والنفسية والرؤية المباشرة تشكل ٨٤٪ من مصادر المعرفة .

(٤) مكان التعاطي :

وافانا البيان الذي ناقش مسألة المكان الذي يتم فيه التعاطي بأن هناك ٥٧,٥٪ من جملة أفراد العينة قد حددت مكانا للتعاطي بينما النسبة الباقية ٤٢,٥٪ لم تحدد ذلك لأنها قد تحفظت - منذ البداية عن التعاطي - أما النسبة الأولى (٥٧,٥٪) فقد توزعت بين نسبة كبرى (٤٣٪ تقريباً) زعمت بأن التعاطي يتم خارج المدرسة بينما ادعت نسبة أخرى أقل (١٢٪) أن ذلك يمكن أن يحدث داخل المدرسة وخارجها على حد سواء . في حين أكدت نسبة ضئيلة للغاية (حوالي ٢٪) بأن ذلك يتم داخل المدرسة فقط (جدول رقم ٤٠) .

جدول رقم « ٤٠ »

توزيع العينة وفقاً لمكان التعاطي
[داخل أو خارج المدرسة]

م	مكان التعاطي	التكرار	النسبة
١	غير معين	٣٩٩	٤٢,٥٪
٢	داخل المدرسة	٢٢	٢,٣٪
٣	خارج المدرسة	٤٠٢	٤٢,٩٪
٤	داخل وخارج المدرسة	١١٥	١٢,٣٪
		٩٣٧	١٠٠٪



توزيع العينة وفقاً لمكان التماطي
[داخل أو خارج المدرسة]

١	غير مبين	٤٢,٥ %
٢	داخل المدرسة	٢,٣ %
٣	خارج المدرسة	٤٢,٩ %
٤	داخل وخارج المدرسة	١٢,٣ %

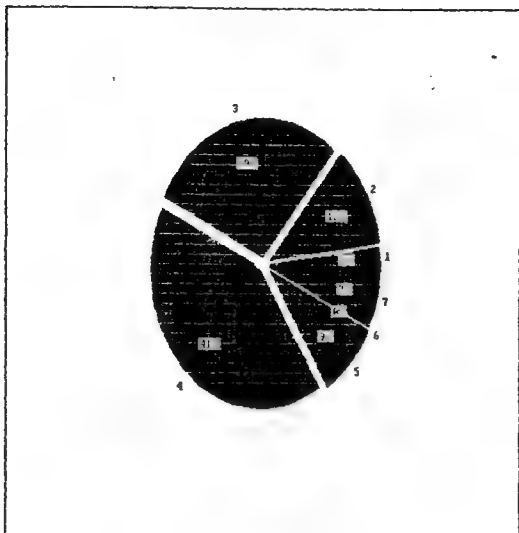
أما الذين أكدوا بأن التعاطي يتم داخل المدرسة (جدول رقم ٤) فإن النسبة الغالبة بينهم (حوالي ٤١٪) ذهبت إلى أن التعاطي يتم بدورة المياه، ويليهما نسبة (٢٩٪) قالت حول سور المدرسة، ثم ملاعب المدرسة (١٢٪) فحجرة « الفراش » (٩٪) ثم ذهب (٧٪) منهم إلى أن ذلك يتم حسب الفرصة المتاحة ولم تزد نسبة من قالوا بأن التعاطي يمكن أن يحدث بقاعة الدراسة عن ٢٪ .

جدول رقم « ٤١ »

توزيع العينة وفقاً لتحديد مكان التعاطي
[داخل المدرسة]

م	المكان	التكرار	النسبة
١	قاعة الدرس	٨	٢,٤ ٪
٢	ملاعب المدرسة	٤٠	١٢,١ ٪
٣	حول سور المدرسة	٩٥	٢٨,٧ ٪
٤	دورة المياه	١٣٥	٤٠,٨ ٪
٥	حجرة الفراش	٣٩	٨,٨ ٪
٦	فوق سطح المدرسة	١	,٣ ٪
٧	أى مكان حسب الفرصة	٢٣	٦,٩ ٪
		٣٣١	١٠٠ ٪

* على الرغم من أن الملاحظة الاحصائية ذهبت في جدول (٤٠) إلى أن المتعاطين داخل المدرسة يشكلون ٢,٣٪ إلا أن هناك نسبة أخرى ينبغي أن نأخذها في الاعتبار أولئك الذين أكدوا وجود الظاهرة داخل المدرسة وخارجها ويشكلون ١٢,٣٪ أى أن هناك ١٤,٦٪ يرون وجود الظاهرة داخل المدرسة، وهذه نسبة ليست ضئيلة إذ أنها تشمل ١٣٧ طالباً من عينة الدراسة فضلاً عن آخرين ممن جاءت استجاباتهم (في جدول رقم ٣٧) في فئة « لا يدرون » لم يلبثوا مع تداعى الاسئلة أن أوضحوا مكان التعاطي على الرغم من رفضهم الإفصاح عن وجود المشكلة من قبل في الاسئلة السابقة .



توزيع النفايات وفقاً لتحديد مكان التماطي
[داخل المدرسة]

١	قاعة الدرس	% ٢,٤
٢	ملاعب المدرسة	% ١٢,١
٣	حول سور المدرسة	% ٢٨,٧
٤	دورة المياه	% ٤٠,٨
٥	حجرة الفراش	% ٨,٨
٦	فوق سطح المدرسة	% ٣
٧	أي مكان حسب الفرصة	% ٦,٩

وفىما يتعلق بالنسبة التي أكدت أن التعاطي يتم خارج المدرسة (٤٣٪) فإنهم توزعوا فيما يتعلق بهذا المكان الذي يتم فيه التعاطي توزعا واضحا (حدد بعض احتمالاته بالاستبيان والأخرى أضافها المبحوثون أنفسهم في الجزء المخصص والمعنون « بأخرى تذكر » ٢٥٪ . زعموا بأن التعاطي يتم في البر، وتلتها مباشرة ويفارق شديد الضالة (٦, ٢٤٪) بأنه يتم خارج البلاد ثم من أدعوا بأن التعاطي يتم اثناء رحلات البحر (٢١٪) ثم في السيارة (١٦٪) ثم أخيرا من ذهبوا إلى أن التعاطي يتم في المنزل (١٠٪) .

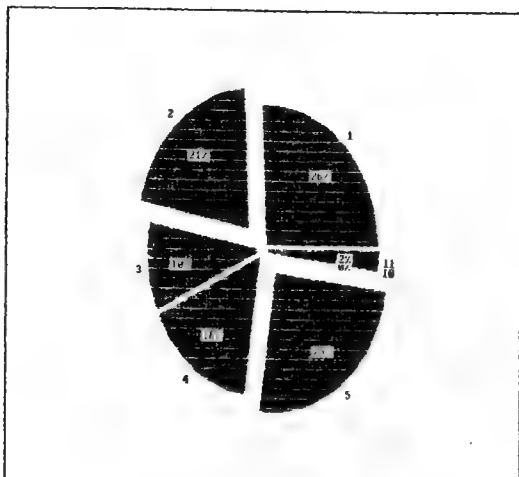
أما الاحتمالات الأخرى التي أضافها المبحوثون فرغم أنها جميعا لم تزد عن ٤, ٪ باستثناء احتمال واحد مؤداه أن التعاطي يتم في أي مكان ملائم حسب الظروف ولم تزد نسبتهم عن ١, ٥٪ (جدول رقم ٤٢) .

جدول رقم « ٤٢ »

توزيع العينة وفقاً

لتحديد مكان التعاطي خارج المدرسة

٢	المكان	التكرار	النسبة
١	في البر	٤١٦	٢٥,٨٪
٢	اثناء رحلات البحر	٣٤٧	٢١,٥٪
٣	في المنزل	١٦٢	١٠,٠٪
٤	في السيارة	٢٥٤	١٥,٧٪
٥	خارج البلاد	٣٩٨	٢٤,٦٪
٦	بالقرب من فندق الشيراتون	٣	٠,٣٪
٧	بالقرب من مدينة خليفة	١	٠,١٪
٨	في الطريق من وإلى المدرسة	١	٠,١٪
٩	في بعض الفنادق الشهيرة الأخرى	٤	٠,٤٪
١٠	أي مسكن تتفق عليه الشلة	٤	٠,٤٪
١١	في أي مكان ملائم حسب الظروف	٢٥	١,٥٪



توزيع العينة وفقاً
لتحديد مكان التماطي خارج المدرسة

١	في السبر	٢٥,٨ %
٢	اثناء رحلات البحر	٢١,٥ %
٣	في المنزل	١٠ %
٤	في السيارة	١٥,٧ %
٥	خارج البلاد	٢٤,٦ %
٦	بالقرب من فتلق الشيراتون	٣ %
٧	بالقرب من مدينة خليفة	١ %
٨	في الطريق من وإلى المدرسة	١ %
٩	في بعض الفنادق الشهيرة الأخرى	٤ %
١٠	أي مسكن تتفق عليه الشلة	٤ %
١١	في أي مكان ملائم حسب الظروف	١,٥ %

نستنتج من ذلك أن هناك نسبة كبيرة زعمت أن التعاطي يتم خارج المدرسة أكثر مما يتم داخلها وهذا طبيعي ومتسق ليس فقط مع ظروف المجتمع وإنما مع طبيعة الظاهرة أيضاً . وهكذا نجد أن البر والبحر والسيارة يشكلون معا ٦٢٪ وتمثل المكان الطبيعي لمثل هذه الممارسات خارج نطاق المدرسة .

(٥) المعرفة بالتعاطي في مدارس أخرى : المدي، والتصورات :

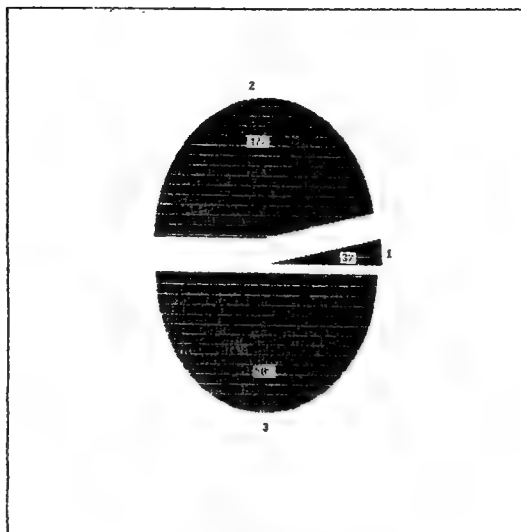
أن نسبة الذين سمعوا من أفراد عينة الدراسة عن تلاميذ يتعاطون المخدرات بمدارس أخرى (٤٧٪) قد اقتربت من تلك التي تعبر عن عدم السماع (حوالي ٥٠٪) (جدول رقم ٤٣) أما الطريقة التي عرف بها الذين « سمعوا » فقد تفاوتت وكان أكبر الاحتمالات هو القائل : « من سماعي عنهم » (أي سماع المبحوث) حيث بلغت نسبتهم نحو (٥٨٪) ثم يليه - وبفارق كبير نسبيا الذين ذهبوا إلى القول بأنهم عرفوا ذلك من مظهر التعاطي أو

جدول رقم « ٤٣ »

توزيع العينة وفقاً

« للسماع عن تلاميذ يتعاطون المخدرات في مدارس أخرى »

م	السماع من علمه	التكرار	النسبة
١	غير مبين	٣٣	٣,٥ ٪
٢	نعم	٤٤٠	٤٦,٩ ٪
٣	لا	٤٦٥	٤٩,٦ ٪
		٩٣٧	١٠٠ ٪



توزيع العينة وفقاً

« للسماح عن تلاميذ يتعاملون المخدرات في مدارس أخرى »

غير مبين	1	3,5 %
نعم	2	46,9 %
لا	3	49,6 %

شكله (حوالي ٢٩٪) ثم تدنت نسبة من قالوا أن ذلك تم عن طريق معرفتهم بهؤلاء المتعاطين (٩٪) (جدول رقم ٤٤) . وقد اتسقت كيفية السماع هنا مع مدى السماع ذاته (٤٧٪) بمعنى أنه حتى النسبة التي سمعت لم ترد أن تحدد سبيلاً مباشراً وواضحاً لسماعهم هذا وإنما ذهبت إلى أن ذلك قد تم من خلال أقاويل الناس عنهم . وهذا يتسق أيضاً مع النتائج السابقة التي فسرت في ضوء التخوف والتحفظ الشديدين .

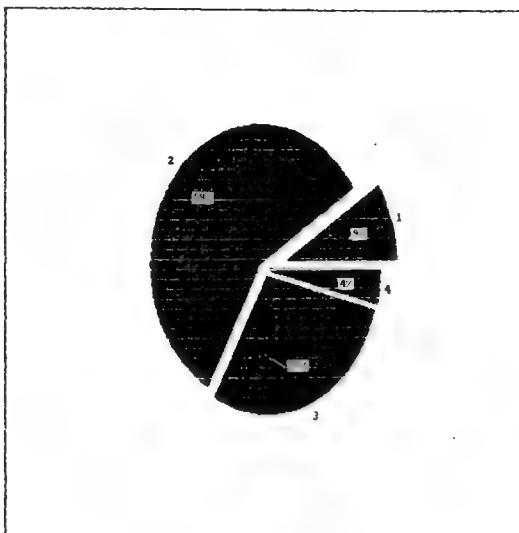
جدول رقم « ٤٤ »

توزيع العينة وفقاً

« للطريقة التي عرف بها أن هناك

تلاميذ يتعاطون المخدرات في مدارس أخرى »

م	طريقة المعرفة	التكرار	النسبة
١	من معرفتي هؤلاء	٥٩	٨,٩ ٪
٢	من سماعي عنهم	٣٨١	٥٧,٧ ٪
٣	من مظهرهم وشكلهم	١٩٥	٢٩,٥ ٪
٤	أخرى	٢٥	٣,٨ ٪
		٦٠٠	١٠٠ ٪



توزيع العينة وفقاً
« الطريقة التي عرف بها أن هناك
تلاميذ يتعاملون المخدرات في مدارس أخرى »

١	من معرفتي لهؤلاء	٨,٩ %
٢	من سماعي عنهم	٥٧,٧ %
٣	من مظهرهم وشكلهم	٢٩,٥ %
٤	أخرى	٣,٨ %

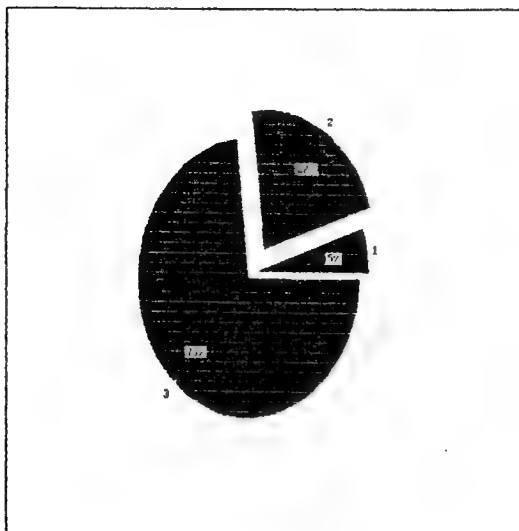
وعندما سئل المبحوثون عن مدى معرفتهم بزميل لهم بالمدرسة يتعاطى المخدرات أكدت النسبة الغالبة (٧٣,٥٪) بأنها لم تعرف بذلك بينما لم تزد نسبة الذين ذهبوا إلى عكس ذلك عن ٢٢٪ . (الجدول رقم ٤٥) .

« جدول رقم ٤٥ »

توزيع العينة وفقاً

« للمدى معرفة تلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات »

م	التعاطي	التكرار	النسبة
١	غير معين	٤٦	٪ ٤,٩
٢	نعم	٢٠٣	٪ ٢١,٦
٣	لا	٦٨٩	٪ ٧٣,٥
		٩٣٧	٪ ١٠٠



توزيع المية وفقاً
« لدى معرفة تلاميذ بالمدرسة يتعاملون المخدرات »

١	غير معين	٤,٩ %
٢	نعم	٢١,٦ %
٣	لا	٧٣,٥ %

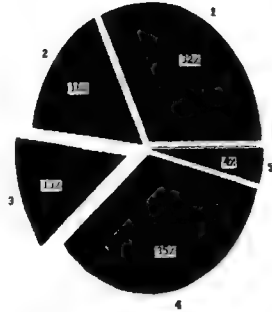
أما الكيفية التي حلدها (الذين عرفوا) فكان أبرزها الشكل والملاح (٣٥٪) وتلتها مباشرة أحاديث الزملاء (٣٢٪) ثم أحاديثه هو معهم (١٦٪) وأخيراً من رؤيته المباشرة له وهو يتعاطى وكانت نسبتهم ١٣٪ (جدول رقم ٤٦) . وعن تقييمه لعلاقات هذا التلميذ (المفترض) بزملائه كانت أكبر النسب (٢٠٪ تقريباً) مؤكدة ضعفها وتدهورها، يليها وصفه بالانعزالية (١٤٪) ثم القول بأن علاقاته سيئة لمحاولاته تخريب الآخرين (١٣٪) ثم القول بأنه يكون منعزلاً إذا كان مدعماً أكثر من اللازم (١١٪) ثم نسبة مماثلة وصفت علاقاته بأنها عادية وطبيعية ثم تأتي نسبة (٩٪) تدعى أن علاقاته قاصرة على الذين يتعاطون مثله، ثم تندف النسبة لتصل إلى حوالي ٣٪ بين الذين يزعمون أنه يتمتع بعلاقات قوية مع الآخرين (جدول رقم ٤٧) ويتضح من ذلك أن هناك إحساساً عاماً وواضحاً بوجود المشكلة، وتأثيرها على غط العلاقات وإن كان البعض قد حاول التهرب من الإجابة على السؤال أصلاً .

جدول رقم « ٤٦ »

توزيع العينة وفقاً

لكيفية « معرفة أن هؤلاء التلاميذ يتعاطون »

م	كيفية المعرفة	التكرار	النسبة
١	من حديث زملائه عنه	١٢٨	٣٢,٢٪
٢	من أحاديثه معي	٦٢	١٥,٦٪
٣	من رؤيتي المباشرة له وهو يتعاطى	٥٢	١٣,١٪
٤	من شكله وملاحه	١٣٩	٣٤,٩٪
٥	أخرى تذكر	١٧	٤,٣٪



توزيع العينة وفقاً
لكيفية « معرفة أن هؤلاء التلاميذ يتعاطون »

١	من حديث زملائه عنه	٣٢,٢ %
٢	من أحاديته معي	١١,٨ %
٣	من رؤيتي المباشرة له وهو يتعاطى	١٣,١ %
٤	من شكله وملاحظه	٣٤,٩ %
٥	أخرى	٤,٣ %

ثالثاً : ملامح التعاطي :

ويمكن أن نراها في ضوء متغيرين رئيسيين :

(١) امكانية تمييز التعاطي طبقا للملامح الجسمية والنفسية والاجتماعية :

كشفت البيانات أن هناك حوالي (٧٢٪) من أفراد العينة لديها القدرة على تمييز التعاطي وفقا لهذه الملامح بينما ذهب (٢٥٪) إلى أنه ليس لديهم القدرة على ذلك ، الأمر الذي يعكس ببساطة أن هناك ادراكا لامكانية تمييز التعاطي على أساس الملامح الجسمية والنفسية والاجتماعية لدى غالبية العينة .

ولعل هذا الادراك يتناقض إلى حد ما مع الأسئلة السابقة والخاصة بإدراك الظاهرة على كافة المستويات حيث أنكرت نسبة كبيرة منهم تفصل في بعض الأحيان إلى النصف معرفتهم بذلك اطلاقا .

وفي حدود اثنين وعشرين احتمالا (أحد عشر منها ورد بالاستشارة والأحد عشر الأخرى ذكرها المبحوثون ضمن «أخرى تذكر») برزت استجابة هامة أعطوها أولوية مثل : الضعف والحمول وشحوب الوجه وبلغت حوالي (١٤٪) ثم احتقان العينين وزيف البصر (١٢٪) ثم كثرة التغيب عن المنزل بنسبة مماثلة للسابقة ويليها مباشرة سرعة التعب بعد أقل مجهود (١١٪) . في حين تلت بعد ذلك الملامح النفسية والاجتماعية مثل : الانطواء والعزلة (٧٪) والاكتئاب (٦٪) والعدوان والتدمير (٥٪) وبما يذكر أن إضافة المبحوثون أنفسهم مهم في حد ذاته ويصرف النظر عن نسبة تمثيله ضمن الاستجابات حيث أكدوا مظاهر وعلامات أهمها : إهمال التعاطي لمظهره وملابسه وتغطيته الوجه « بالغطاء » ، والنظارة ، ورؤية موضع الإبر في يديه ، وأن أصابع اليدين صفراء وجافة ، والنحافة المفرطة ، وطريقة المشي ... إلخ (جدول رقم ٤٩) .

جدول رقم (٤٩)
توزيع العينة وفقا
للاملاح التي تميز التلميذ المتعاطي ،

النسبة	التكرار	الاملاح المميزة
٪١٢,٤	٤٤٠	من احتقان العينين وزيف البصر
٪١٤,٣	٥٠٦	الضعف والحمول وشحوب الوجه
٪ ٧,٥	٢٦٧	الانطواء والعزلة
٪ ٦,٣	٢٢٢	الاكتئاب
٪ ٥,٦	١٩٧	العدوان والتدمير
٪١١,٢	٣٩٨	سرعة التعب بأقل مجهود
٪ ٦,٢	٢١٨	اثارة مشكلات
٪ ٥,٥	١٩٥	سوء العلاقات مع الزملاء
٪ ٧,٦	٢٦٩	الكذب والسرقة
٪١١,٧	٤١٤	كثرة التغيب عن المنزل
٪ ٩,٥	٣٣٥	فقدان التفاهم الأسري
٪ ,١	١	إهمال مظهره وملابسه
٪ ,٣	٣	تغطية الوجه بالغطاء والنظارة
٪ ,١	١	من رؤيتي لمكان الإبر في يديه
٪ ,٣	٣	الخوف والفرع من أي شيء
٪ ,٤	٤	الضعف الروحاني والابتعاد عن المسجد
٪ ,٢	٢	علم التركيز
٪ ,٦	٦	أصابع اليدين صفراء وجافة
٪ ,٣	٣	العصية
٪ ,٢	٢	كثرة التغيب عن المدرسة
٪ ,٥	٥	التحافة المفرطة
٪ ,٨	٨	طريقته في المشي
٪ ١,٢	٤٣	أخرى تذكر
٪١٠٠	٣٥٤٢	

وتدل هذه المؤشرات عموما على أن الملامح الجسمية سواء كانت واردة بأستلة استمارة الاستبيان أو كانت مضافة من قبل الباحثين أنفسهم في بند « أخرى تذكر » كانت هي أبرز الملامح لأن ملاحظتها أسهل بطبيعة الحال من ملاحظة ملامح نفسية أو خصائص اجتماعية فضلا عن أن الأولى تظهر بالفعل - نتيجة للتعاطي - بشكل أسرع وأكثر قابلية للملاحظة من الأخريات .

(٢) امكانية التعرف على المتعاطي طبقا لوجود تصرفات (أو سلوكيات) تميزه :

أفاد نحو (٥١٪) من جملة أفراد العينة بأن هناك فعلا تصرفات تميز المتعاطي بينما لم ترد نسبة الذين نفوا ذلك حوالي (١١٪) في حين ارتفعت نسبة الذين لا يدرون بإمكانية ذلك الى ما يقرب من (٣٤٪) (جدول رقم ٥٠) .

وفي حدود الذين أكدوا وجود هذه التصرفات توزعت الاستجابات الخاصة بتحديددها فكان كثرة الغياب يمثل النسبة الأكبر (٢١٪) تلتها النوم أثناء الدرس (١٩٪) ثم الهروب أثناء الدوام المدرسي (١٧٪) فتعد مرات الرسوب (١٦٪) ثم عدم احترام المدرسين (١٥ ، ٥٪) ثم تكرار الغش (٧٪) .

وأضيفت احتمالات مثل : إثارة المشاكل (المشاغبة) ، والعزلة في الصف والخمول والضعف الواضحين . (جدول رقم ٥١) .
وتفيد هذه المؤشرات ولا شك في التدليل على وجود تأثير مباشر للتعاطي على العملية التعليمية .

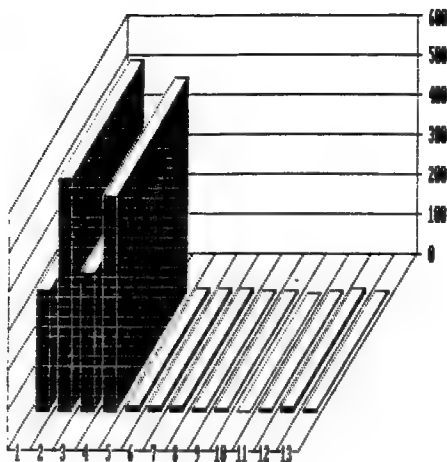
رابعاً : أسباب التعاطي : العامة ، والاجتماعية ، والاقتصادية ، والتربوية (المدرسية) :

- تمثل العامل ذى النسبة الأكبر في تصور الباحثين كسبب عام للتعاطي في « الرغبة في التجريب » حيث بلغت نسبته حوالي (٣١٪) وتلاه مباشرة « الصحة » بنسبة (٢٩٪) ثم وسائل الاعلام (١٩٪) ثم سهولة الحصول على المخدر (١٦٪) (جدول رقم ٥٢) . وتتسق هذه الأسباب مع ظروف العينة وخصائصها فمعظم أفرادها في شريحة عمرية تنزع دائما إلى التجريب وبخاصة ما يتعلق منها بالتعاطي . وعما يؤكد ذلك أن السبب التالي مباشرة (بفارق لم يزد عن ٢٪) كانت الصحة التي هي مصدر ذلك التجريب . فإذا أضيف إلى ذلك وسائل الاعلام وبخاصة التلفزيون والفيديو لانسقت الأسباب بعضها مع بعض وتكاملت الصورة في الكشف عن الدوافع العالمة للتعاطي .

غير أن الأسباب التي ذكرها الباحثون ضمن « أخرى تذكر » واضحة الدلالة رغم ضآلة نسبتها (إلا أن قيمتها تنبع من ذكرها كما سبق الإشارة) فقد كانت تصنع المشكلات الأسرية على قمتها (التفكك الأسري ومضايقات الأهل) ، ووفرة المال ، والسفر للدول الأجنبية (غير الإسلامية) ، وعدم وجود وازع ديني فضلا عن عدم مراقبة الأب لأبنائه وتقليد الآباء والأخوة ، والمشكلات النفسية وكذلك وقت الفراغ والملل ، ومحاولة اثبات الرجولة . وواضح هنا الخلط بين المتغيرات الداخلية والخارجية ، وبين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية .

جدول رقم (٥٢)
توزيع العينة وفقا
« للأسباب العامة للتعاطي »

م	الأسباب العامة	التكرار	النسبة
١	سهولة الحصول على المخدر	٣٠٥	١٦,٤ ٪
٢	الرغبة في التجريب	٥٨٥	٣١,٥ ٪
٣	وسائل الاعلام (تلفزيون / فيديو / صحافة)	٣٤٩	١٨,٨ ٪
٤	الصحة	٥٤٣	٢٩,٢ ٪
٥	وقت الفراغ والملل	١٣	٧,٠ ٪
٦	وفرة المال	١٠	٥,٠ ٪
٧	المشاكل الأسرية (التفكك الأسري - مضايقات الأهل)	١٥	٨,٠ ٪
٨	مشاكل نفسية	٥	٢,٠ ٪
٩	عدم مراقبة الأب لابنه	٤	٢,٠ ٪
١٠	اثبات الرجولة	٣	١,٦ ٪
١١	تقليد الآباء والأخوة	٤	٢,٠ ٪
١٢	السفر للدول الأجنبية غير الإسلامية	١٠	٥,٠ ٪
١٣	عدم وجود وازع ديني	٨	٤,٠ ٪
٧		١٨٥٤	١٠٠ ٪



توزيع العينة وفقا
للأسباب العامة للتعاطي

- | | |
|--|--------|
| ١ (سهولة الحصول على المخدر) | ١٦,٤ % |
| ٢ (الرغبة في التجريب) | ٣١,٥ % |
| ٣ (وسائط الاعلام (تلفزيون/ فيديو/ صحافة) | ١٨,٨ % |
| ٤ (الصحة) | ٢٩,٢ % |
| ٥ (وقت الفراغ والملل) | ٧ % |
| ٦ (وفرة المال) | ٥ % |
| ٧ (المشاكل الأسرية (التفكك الأسري - مضايقات الأهل) | ٨ % |
| ٨ (مشاكل نفسية) | ٢ % |
| ٩ (عدم مراقبة الأب لإبنه) | ٢ % |
| ١٠ (اثبات الرجولة) | ١٦ % |
| ١١ (تقليد الآباء والإخوة) | ٢ % |
| ١٢ (السفر للدول الأجنبية غير الإسلامية) | ٥ % |
| ١٣ (علم وجود وانزع ديفي) | ٤ % |

— أما الأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي من وجهة نظر الباحثين فقد توزعت بشكل نسبي غير أن أبرز الأسباب كان صحة التعاطي (١٥٪) وتلى ذلك مباشرة التدليل الزائد (١١٪) وتتمثل بعد ذلك النسب المتصلة بالأسباب التالية : المشكلات المستمرة بين الأب والأم ، وعدم القدرة على شغل وقت الفراغ ، والملل [وهي أسباب تصل نسبة كل منها حوالي (١٠٪) ضمن استجابة العينة] . أما القسوة الشديدة في التنشئة فتأتي بعد ذلك بنسبة تبلغ حوالي (٩٪) ثم وفاة أحد الوالدين أو كليهما بنسبة (٨٪) ، والإحساس بالضيق (٧٪) وأخيرا افتقاد القدوة الحسنة (٤ ، ٠٪) .

— أما الأسباب المضافة من قبل الباحثين أنفسهم فكانت على التوالي : عدم مراقبة الأبناء ، والفشل (والمقصود به الفشل العام وليس في مجال واحد) وتعاطي الأب أو أحد أفراد الأسرة ، وأخيرا السفر للخارج . (جدول رقم ٥٣) .

وتدل تلك الأسباب جميعها (الأصلية والمضافة) على ما للأسرة من تأثير شديد يقف جنبا إلى جنب مع تأثير الصحة . وتبدو فاعلية هذه الأسباب إذا ما افتقدوا القدوة وضعفت المعايير ولم تعد هناك أهداف يطمحون لتحقيقها وشعروا بالملل . . إلخ .

وفىما يتصل بالأسباب الاقتصادية كان « الغنى » في نظر الباحثين هو أبرز الأسباب الاقتصادية (٣٠٪) تلاه سهولة الحصول على المخدر (وهو مسبب مرتبط بالغنى واليسر أيضا) ومثلته نسبة بلغت حوالي (٢٣٪) . ثم أشير للسبب القاتل بأن « الفقر » هو الذي يدفع إلى المغامرة من أجل الحصول على المال للاتفاق على التعاطي (حوالي ٢٢ ، ٥٪) ثم تلى ذلك ما يقال بأن البعض يحصل عليه دون مقابل (٢٠٪) .

وكانت الأسباب الواردة في بند « أخرى تذكر » مؤكدة لما سبقتها ومضيفة إليها بعض الأسباب الأخرى مثل : استغلال التجار لطائفة الشباب ، وسهولة التهريب للمخدرات ، والسعة المادية بعد حالة الفقر ، وعدم القدرة على اتفاق المال الأمر الذي يورط بعض الأفراد في الانخراط في التعاطي (جدول رقم ٥٤) .

ونخلص من ذلك - في حدود الأسباب الاقتصادية - أن الفقر والغنى كلاهما قد يؤديان إلى التعاطي وبخاصة عندما يرتبطان بسياق اجتماعي يحفز عليه ويدفع إلى برونه .

أما الأسباب التي تمثل صعوبات مدرسية تدفع إلى التعاطي فقد تعددت وتتنوع غير أن السبب ذي النسبة الأكبر في تصور الباحثين (٢١٪) تمثل في « الفشل نتيجة التأخر الدراسي »

جدول رقم (٥٣)
توزيع العينة وفقا
« للأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي »

٢	الأسباب الاجتماعية	التكرار	النسبة
١	مشكلات مستمرة بين الأب والأم	٤٤٤	٩,٩ %
٢	وفاة أحد الوالدين أو كليهما	٣٧٦	٨,٤ %
٣	القسوة الشديدة في التنشئة	٣٨٧	٨,٦ %
٤	التدليل الزائد	٥٠٥	١١,٣ %
٥	اقتقاد القدوة الحسنة	١٧	,٤ %
٦	عدم القدرة على شغل وقت الفراغ	٤٣٦	٩,٧ %
٧	غياب الأب	٣٤٣	٧,٧ %
٨	الملل	٤٢٧	٩,٥ %
٩	صحبة المتعاطين	٦٦٨	١٤,٩ %
١٠	الإحساس بالضياع	٣١٦	٧,١ %
١١	تجمعات الشباب في المجالس دون رقابة	٤٧٦	١٠,٦ %
١٢	السفر للخارج	٢	,٥ %
١٣	عدم مراقبة الأبناء	٩	,٢ %
١٤	تعاطي الأب أو أحد أفراد الأسرة	٣	,٠٧ %
١٥	الفشل	٤	,١ %
١٦	أخرى تذكر	٨٥	١,٩ %
		٤٤٩٧	١٠٠ %

وينسب بماثلة تقريبا سبب آخر هو « علم الميل للدراسة » إذ أن عدم الميل يؤدي إلى التأخر وقد يرتبط ذلك بعدم القدرة أحيانا على التفاهم مع المدرسين (١٦٪) والطرد من الصف (١٥٪). ثم أخيرا وبفارق نسبي كبير - نلاحظ عدم ملاءمة المناخ للمدرسي (٦٪) . جدول رقم (٥٥) .

جدول رقم (٥٥)
توزيع العينة وفق
« تصورهم للصعوبات المدرسية المؤدية للتعاطي »

النسبة	التكرار	الصعوبات
٪٢١,٤	٤٨١	الفشل نتيجة التأخر الدراسي
٪١١,٥	٢٥٩	صعوبة المقررات الدراسية وطولها
٪ ٤,٦	١٠٤	تباين مستوى التحصيل بين تلاميذ الفصل الواحد
٪ ٦,٥	١٤٥	عدم ملاءمة المناهج المدرسي
٪٢١,١	٤٧٥	عدم الميل للدراسة
٪١٥,٤	٣٤٥	الطرد من الصف
٪١٥,٩	٣٥٨	عدم التفاهم مع المدرسين
٪ ,٠٩	٢	عدم فعالية المواد المدرسية في علاج الإدمان
٪ ,٢٣	٥	عدم تفهم مشاكل الطلاب
٪ ,١٧	٤	قسوة بعض المدرسين
٪ ,١٣	٣	مخالطة المدمنين
٪ ,٢٢	٥	التفرقة في المعاملة بين الطلاب والقهر النفسي
٪ ٢,٧	٦١	أخرى تذكر
٪١٠٠	٢٣٤٧	

أما الأسباب الأخرى المقدمة من قبل الباحثين فتضيف مؤشرات جديدة كما تدعم الأسباب سالفة الذكر مثل : عدم تفهم مشكلات الطلاب ، والتفرقة في المعاملة بين الطلاب متضمنة القهر النفسي ، ثم قسوة بعض المدرسين وعدم إمكانية التفاهم معهم ، وأخيرا مخالطة المدمنين . ويتضح من ذلك أن مسألة التأخر الدراسي وعدم الميل للدراسة قد ترتبط بالانسحاب من المدرسة والزواج للاتجاهات الانحرافية ومنها تعاطي المخدرات .

خامسا : مشكلات مرتبة على التعاطي ، ومحاولات التدخل لمواجهتها :

ويمكن أن نعرض لهذا الجانب في ضوء عناصر أساسية كما يلي :

١) نوعية المشكلات المترتبة على التعاطي :

كان « تدهور صحة المتعاطي » تمثل المشكلة الأولى في نظر الباحثين حيث بلغت نسبة الاستجابة إليها حوالي (١٩٪) ثم تلتها مباشرة « الإساءة إلى السمعة العائلية » (١٦٪) ثم اتفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي (١٥٪) فالانقطاع عن الدراسة (١٤٪) يليها « التأخر الدراسي » (١٣٪) ثم الضبط والتوقيف في جريمة (١١٪) وأخيرا التقليد بين الأخوة في الأسرة (١٠٪) (جدول رقم ٥٦) . أما المشكلات المضافة فكانت تبرز أوضاعا شديدة الخطورة وهي على الترتيب : اللواط ، الضياع ، نقل عدوى الإيدز للآخرين ، المرض ، والوفاة (وإن كانت جميعها بنسبة غاية في الضآلة) إلا أنها تعكس خطورة المشكلات المترتبة على التعاطي ، إنها تهدم أولا صحة المتعاطي (ذاتي) ثم تضر بسمعة عائلته (اجتماعي) وقد جاءت الأسباب الأخرى مفسرة ومدعمة لذلك .

٢) إدراك إحساس الآخرين بوجود المشكلة :

عندما مثل الباحثون عن مدى إحساس الطلاب الآخرين في نظره بوجود المشكلة من عدم وجودها تحفظ حوالي ٤٤٪ منهم تحت مظلة « لا أدري » بينما أكدت نسبة مماثلة تقريبا (بلغت حوالي ٤٣٪) وجود هذا الإحساس ، في حين تضاعفت نسبة الذين نفوا وجود هذا الإحساس حيث بلغت حوالي (٨٪) (جدول رقم ٥٧) .

أما التصرفات التي سئل عنها الباحثون فيما يتعلق بالمجموعة التي تشعر بوجود المشكلة فكانت أبرزها وأولها (٣٢٪) أنه لا يوجد من يساعدهم على الحل ، وبفس النسبة تقريبا مع فارق ضئيل للغاية (٣١ ، ١٪) تبلور تصرف سلبي مؤداه أنهم لم يفعلوا شيئا . وتلى ذلك - ويفارق نسبي كبير- (١٥٪) أكدت مجموعة أنهم ذهبوا إلى الطبيب النفسي ، وأظهرت مجموعة أخرى تصل نسبتها إلى حوالي (٩٪) بأن المشكلة ليس لها حل . بينما لم يذكر أكثر من ٨٪ بأنهم ذهبوا إلى الأخصائي الاجتماعي لحل مشكلتهم .

وأضيفت أسباب أخرى مثل : « أنهم ذهبوا لتغيير الدم » ، و « ذهبوا لسلاح الدروع » ، و « أودعوا بالسجن » ، و « سافروا للخارج للعلاج » . (جدول رقم ٥٨) .

وتدل المؤشرات الأولى أن النسبة الكبرى نجد أن مواجهة المشكلة تتم بشكل سلمي للغاية لأنه - كما زعموا - لا يوجد من يساعدهم على حلها ، ومن ثم جاءت الاستجابات التالية لذلك أقل بكثير وبفضلها فارق كبير وبخاصة عندما تتضمن تصرفات محددة وإيجابية مثل : الذهاب إلى الطبيب النفسي أو الأخصائي الاجتماعي . إلخ . وتلعب مسألة الاساءة بسمعة العائلة إذا ما اعترف المتعاطي جهراً بالمشكلة دوراً حيوياً وفعالاً في زيادة الاختفاء والاختفاء ومن ثم التورط أكثر في عملية التعاطي .

ولعل هذا الجانب يتضارع مع تلك الفترة التي لم يكن هناك من يعترف - سواء على المستوى الرسمي للدولة أو المؤسسات العلمية - بوجود المشكلة وبالتالي لم تكن مسألة اثارة الوعي بها قضية واردة .

٣) دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المشكلة :

أظهرت النتائج أن النسبة الغالبة من أفراد العينة ٧٥٪ تؤكد عدم لجوء التلاميذ المتعاطين للأخصائي الاجتماعي . بينما لم تزد نسبة الذين قالوا بأنهم يلجأون له عن (١٧٪) (جدول رقم ٥٩) .

وتعكس هذه النتيجة في حد ذاتها - وحتى قبل التعرف على أسبابها الحقيقية - ظاهرة بالغة الخطورة ذلك أن محور مهمة الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة تدور حول مواجهة مثل هذه المشكلات وتوقف مهارته على كيفية التصدي لها .

وحق في حدود النسبة التي أكدت لجوئهم للأخصائي (حوالي ١٧٪) تعددت التوقعات وتنوعت لما يفعله الأخصائي تجاه المتعاطين . فكانت النسبة الغالبة (٤٥٪) تتوقع أن يحوله إلى رائد الفصل . ثم - وبعد فارق نسبي كبير - (١٧٪) قال البعض أنه يوجه له النصيحة ، ثم ذهبت نسبة بلغت حوالي (١٣٪) إلى القول بأنها تتوقع أن يبلغ أولياء الأمور . بينما زعمت نسبة حوالي (٩٪) أنه يبلغ إدارة المدرسة ، ثم تلى ذلك نسبة مماثلة تقريباً تقول بالتحويل إلى الصحة المدرسية ، وأخيراً بلغت نسبة في حدود (٤٪) ادعت بأنه لا يفعل شيئاً . (جدول رقم ٦٠) .

وتعكس هذه المؤشرات مدى سلبية دور الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة فهو شخصياً - كما عكست بعض الاستجابات لا يفعل أكثر من مجرد تحريك المشكلة ودفعها من أمله (التحويل لرائد الفصل ، أو الصحة المدرسية ، أو إدارة المدرسة ، أو أولياء الأمور) وقد يكون ذلك

إجراء ضروري في مرحلة ما ، ولكنه بالقطع ليس نهائيا - فالتعاطي يحتاج إلى متابعة وتقصي لحالته الاجتماعية - الأسرية والمدرسية لا أن يتوقف الأمر عند ذلك الحد .

أما المجموعة التي نفت لجوء المتعاطين للأخصائي (حوالي ٧٥٪) فقد سئلت عن الأسباب التي تقف وراء ذلك من وجهة نظرهم فكان السبب الأكثر ورودا (٣٩٪) محمدا في الخشية من الاتصال بولي الأمر ، وتلى ذلك - ويفارق كبير نسبيا - (١٩٪) بأن هناك مشكلات قد حدثت للآخرين الذين لجأوا للأخصائي . ونسبة مماثلة أيضا أفادت مجموعة أخرى بأن ذلك قد حدث لأنه لا يفعل شيئا ، وأخيرا ورد سبب بنسبة أقل (٩٪) يتصل بالخوف من التحويل للصحة المدرسية . (جدول رقم ٦١) .

وقد كشفت هذه الأسباب جميعا عن فقدان دور الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة - بخصوص هذه المشكلة على الأقل - ولا يرجع ذلك فقط إلى عدم حماسه لعمله أو عدم تقديره لخطورة المشكلة ، وإنما يعود أيضا وبالدرجة الأولى للمصاحبات الاجتماعية والنفسية المرتبطة بالمشكلة . فالتلميذ رغم إحساسه بالمشكلة ، ورؤية الأخصائي الاجتماعي له وتأكله من الانغماس في التعاطي وأحيانا التورط فيه وربما التصالح فيما بينها بشأنها . . رغم ذلك إلا أن الأخصائي لا يجرؤ في كثير من الأحيان على الاتصال بأولياء الأمور ليس فقط لإعلامهم بمشكلة ابنهم ، وإنما أيضا للدراسة الظروف الأسرية التي قد تكون سببا للتعاطي ذلك لأنه والتلميذ في آن واحد يدركان تماما بأن « هذا الاتصال يسيء بالسمعة العائلية » . فإذا أضيف إلى ذلك عجز الأخصائي الاجتماعي عن التأثير في الطلاب ، ومن ثم الوفاء بمسئوليته بالمدرسة (فهو لا يؤدي دورا كالمدرس مثلا بحيث يشعر الطلاب أن دوره فعال ونافع بالنسبة لهم) ومن ثم عدم تقدير التلميذ له أو لدوره لاستبان الموقف بشكل جلي .

٤ (تصرف المبحوث تجاه زميل له يتعاطي :

أوضحت النسبة الغالبة (حوالي ٣١٪) أن رد الفعل الأول تجاه المتعاطي هو تذكيره بعقاب الله ثم أبانت النسبة التالية لذلك (٢٦٪ تقريبا) بضرورة نصيحته بالتوقف عن التعاطي وتلتها مباشرة نسبة بلغت (٣٥٪) بأهمية توجيهه للعلاج . ثم - ويفارق نسبي كبير - (١٠٪) لوحظت النصيحة بالتوجه للأخصائي الاجتماعي ، وأخيرا ذكرت نسبة بلغت حوالي (٢٪) زعمت بأنها لا تستطيع أن تفعل شيئا .

ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء غلبة التوجه الديني ومن ثم جاء تذكيره بعقاب الله بمثابة

رد الفعل الأول لتصرف المبحوث تجاه زميله التعاطي . ثم وردت بعد ذلك جملة النصائح بالتوقف عن التعاطي أو العلاج أو غير ذلك ، وهذه نتيجة تسق تماما مع نسق القيم وإغاط التفكير بالمجتمع .

أما الأسباب المضافة التي وضعها بعض المبحوثين في بند « أخرى تذكر » فقد حددت حسب نسبة الاستجابة على النحو التالي : « أوضح المشاكل المترتبة على التعاطي وأحاوله منه » ، « أخبر والديه وأخوته » ، « أبلغ الشرطة » ، « أنصحه بتمضية وقت فراغه في ممارسة هواياته » ، « ابتعد عن صحبته وأقطع علاقتي به » . (جدول رقم ٦٢) .

وتدل هذه الأسباب جميعا على حماس - هذه المجموعة التي استجابت للسؤال - للمشكلة ومحاولة التصدي لها بالتذكير أو النصيحة أو اخطار الوالدين أو الشرطة أو الإحالة للعلاج أو الابتعاد وهذا أضعف الايمان .



ثانيا : الاستبيان الخاص بأولياء الأمور :

تضمنت هذه الآراء أيضا على بنود رئيسية خمس هي :

- بيانات أساسية .
 - تصور وجود المشكلة .
 - ملامح التعاطي .
 - أسباب التعاطي .
 - مشكلات مترتبة على التعاطي ومحاولات التدخل لمواجهتها .
- وسوف نتناول هذه العناصر في شيء من التفصيل :

أولا : بيانات أساسية : وتضم المتغيرات التالية :

(١) السن :

تبين أن ٦٠٪ من العينة تتركز بين الفئات العمرية (٤٠ - ٥٥ عاما) ، بينما تتضاءل نسب أفراد العينة في الفئات العمرية الأخرى سواء كانت أعلى أو أقل باستثناء فئة العمر (٣٥ - ٤٠) إذ تبلغ نسبتها ١٦٪ .

وهذه النتيجة تتسق مع عينة الطلاب إذ أنهم بالمرحلتين الاعدادية والثانوية حيث يبلغ متوسط العمر بينهم ١٧ سنة وبالتالي يندر أن نجد آباءهم وقد تجاوزوا الستين عاما (١١٪ من العينة) أو لم يبلغوا بعد ٣٥ عاما (٧٪ من العينة) (جدول رقم ١) .

ومن الطبيعي أن يلعب هذا المتغير والذي تقصده « الفروق في الأعمار بين الأجيال » دورا في بروز الظاهرة (كما سنرى في التحليل النهائي) .

(٢) الجنسية :

يتضح من البيان الوارد (بجدول رقم ٢) أن الغالبية العظمى (٧٩٪) من أفراد العينة قطريون يليهم الفلسطينيون (٦٪) ، ثم المصريون (٤٪) .

وقد لعبت العشوائية دوراً أساسياً في اختيار أولياء الأمور وفقا لجنسيتهم وخاصة أننا لم

نستطع اختيار أولياء أمور نفس الطلاب للأسباب التي سبق الإشارة إليها ، الأمر الذي دفعنا لاختيار أولياء الأمور بشكل عشوائي بحث .

(٣) الحالة الزوجية :

تبلغ نسبة المتزوجين بالعينة ٩٤٪ من جملة أفرادها وهي نسبة غالبية ، فإذا أضفت إلى ذلك متغير السن إذ تصل نسبة أولئك الذين تجاوزوا الأربعين عاما ٦٠٪ ، لأدركنا مدى وعي العينة بظاهرة التعاطي ، لاحتمال أن يكون لديهم « أبناء » في بداية سن المراهقة .

(٤) الحالة التعليمية :

لوقمنا بضم فتي الأميين إلى من يقرأون ويكتبون بعينة أولياء الأمور لبلغت نسبتها معا حوالي ٣٨٪ . ولو فعلنا نفس الشيء بالنسبة للحاصلين على الشهادات الابتدائية والاعدادية لوجدنا نسبتها تصل إلى ٢٧٪ أما حينما نضم بقية الفئات وهم الحاصلون على شهادات : ثانوية ، وجامعية ، وأعلى من الجامعية لبلغت نسبتهم ٣٥٪ . (جدول رقم ٥) .

ويمكن فحص تأثير متغير التعليم على مدى تصور الآباء لوجود المشكلة عموما ومعاناة الطلاب منها خصوصا (كما سيرد فيما بعد) . وما يؤكد أهمية هذا المتغير أن نسبة الأميين قد ارتفعت عن الثلث وكذلك بالنسبة لفئة المتعلمين تعليما متوسطا أو جامعي (الفئة الأخيرة) .

(٥) الحالة المهنية :

هناك مهتان غالبتان تسودان عينة الدراسة وتمثلان في : أصحاب المهن الإدارية (٣٦٪) ثم التجار (٢٣٪) . وتليهما - بفارق نسبي كبير - المتممين إلى مهن الخدمات (١١٪) ثم المقاولات (٩٪) . (جدول رقم ٧) .

ويمكننا الاستئناس هنا بنوعية المهنة في التعرف على مدى وعي المبحوث بمشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب فضلا عن طبيعة التدخلات التي يراها للحد من تفاقم الظاهرة .

(٦) عدد الأبناء :

تبلغ أكبر نسبة بين أفراد العينة من حيث عدد الأبناء من لديهم « ستة » أبناء إذ تصل نسبتهم إلى ٣٤٪ وتليها بفارق نسبي كبير من لديهم « ثلاثة » ، « وأربعة » أبناء حيث بلغت النسبة في كل ١٢٪ . (الجدول رقم ٨) .

يتيح متغير عدد الأبناء الفرصة للتعرف على « حجم الأسرة » وما إذا كان هذا المتغير يلعب دوراً في ظهور بعض المشكلات الأسرية والمجتمعية (مثل تعاطي المخدرات) وبالتالي مدى الوعي بها .

(٧) أعمار الأبناء وفق ترتيبهم بالأسرة ، وجنسهم (ذكور ، وإناث) :

يبحثنا في هذا الصدد الفئة العمرية التي تملأ سن الثانية عشرة باعتبار أنها بداية المرحلة الاعدادية التي نسعى إلى الكشف عن ظاهرة تعاطي المخدرات ابتداء بتلاميذها .

وقد كشفت البيانات الخاصة بالجداول أرقام (٩) ، (١١) ، (١٣) ، (١٥) ، (١٧) نسب أولئك الذين تجاوز ابنهم الأول ، ثم الثاني ، فالثالث ، ثم الرابع ، والخامس على التوالي اثني عشرة سنة وقد كانت هذه النسب على الترتيب كما يلي : ٨٣٪ ، ٦٧٪ ، ٥١٪ ، ٣٤٪ ، ٢٢٪ .

وبلاحظ بطبيعة الحال أن النسبة تتناقص كلما جاء ترتيب الابن متأخراً وهذا منطقي طبقاً لفئات أعمار الآباء مقابل مثلتها لدى الأبناء .

ذلك شأن العمر أما بالنسبة للجنس فقد كان الملاحظ وفقاً للبيانات الواردة بالجداول (١٠) ، (١٢) ، (١٤) ، (١٦) ، (١٨) التي تكشف عن جنس الابن (ذكراً كان أم أنثى) طبقاً للترتيب السابق من الأول إلى الخامس أن نسبة الذكور دائماً كانت هي الأعلى ويؤكد ذلك النسب التالية مرتبة ابتداء من الأول إلى الخامس : (٥٧٪ ذكورا مقابل ٢٦٪ إناثا) ، (٤٤٪ ذكورا مقابل ٣٨٪ إناثا) ، (٤٨٪ ذكورا مقابل ٢٩٪ إناثا) ، (٤١٪ ذكورا ، ٢٣٪ إناثا) ، (٢٩٪ ذكورا ، ٢٣٪ إناثا) . وينبغي هنا ألا نأخذ مثل هذه النسب على علاتها أي أننا لن نجد لها تفسيراً ديموغرافياً على الإطلاق بل أن تفسيرها الاجتماعي - الثقافي قد يكون هو الأرجح فكثير من أبناء المجتمعات التقليدية يترددون كثيراً في مجرد الإشارة إلى أخواتهم الإناث (حتى ولو طلب في البحث ذلك) . وقد لوحظ هذا التردد والخرج بوضوح أثناء اجراء الدراسة الميدانية ، ومن ثم فقد وردت نسب الذكور دائماً هي الأعلى بالنسبة للأبناء الأربعة الأول .

(٨) السكن :

في حدود إجمالي العينة البالغ مائة « ولي أمر » أجاب على السؤال الخاص بتحديد الحي ، السكني الذي يقطن به المبحوث وأسرته (٥٦٪) من جملة العينة مقابل (٤٤٪) وضعوا في فئة « غير المين » . وهي مسألة لافتة للنظر ودالة في ذات الوقت من أن المبحوث لا يريد الكشف

عن محل سكنه رغم أن السؤال لم يكن يستفسر عن عنوانه بالتحديد، وإنما مجرد الحي أو الفريج الذي يقطنه .

وهذا مؤشرا يمكن تفسيره في ضوء النسق التقليدي المحافظ الذي يعيش في حدوده أفراد المجتمع وبخاصة إذا ما ارتبط الموضوع بالسؤال عن ظاهرة مثل تعاطي المخدرات .

وترأحت الأعداد والنسب فيما يتعلق بتوزيع أفراد العينة على الأحياء السكنية (وتبلغ خمسة وعشرين حيا بالدوحة وضواحيها) بين ١, ٥٪ فكانت النسبة الأولى (١٪) ممثلة في أحياء مثل : المرخية ، المنتزة ، النصر ، وين محمود .. إلخ بينما بلغت ٥٪ في منطقتين هما : فريق بن عمران ، والغانم الجديد (جدول رقم ١٩) .

ومن العسير أن نفسر استجابات هؤلاء الباحثين تجاه مشكلة البحث اعتمادا على توزيعهم على أحياء الدوحة ذلك أن الفروق ضعيفة إلى حد بعيد في نسب توزيعهم لسكنى هذه الأحياء .

وفيا يتعلق بنمط السكن تكشف النسبة الغالبة بين أفراد العينة (٥٤٪) أنها تقطن في « بيت عربي » أما الذين يسكنون « فيلا » فقد بلغت نسبتهم ٣٥٪ بينما تضاعفت نسبة الذين يقطنون « بشقة » حيث بلغت ٦٪ . (جدول رقم ٢٠) .

أما ما يتصل بعدد غرف المسكن فقد اتضح أنه رغم تماثل نسبة من يتكون مسكنهم من أربع غرف مع الذين يقيمون في مسكن مكون من ثمان غرف (١٧٪) إلا أن ما يميزنا في هذا العنصر هو المدى بين ٤ ، ٨ غرف حيث بلغت نسبة من يسكن بها حوالي ٦٣٪ وتتوزع النسبة الباقية على من يقيمون في أكثر من هذا العدد أو أقل . (جدول رقم ٢١) . ومن الطبيعي أن يتسق هذا التوزيع مع المؤشر السابق (نمط السكن) فالنسبة الغالبة ٨٩٪ يقيمون إما في فيلا أو في بيت عربي وكلاهما يحتوي على هذا العدد (٤ - ٨ غرف) في المتوسط .

وفيا يتعلق بحياة السكن فتكاد تتقارب نسب من يملكون مسكنهم (٥٠٪) من أولئك الذين يقيمون في مساكن حكومية (٤٤٪) سواء كانوا مواطنين أم غير مواطنين . وتضاعفت إلى حد كبير نسبة الذين يستأجرون مساكنهم (٦٪) (جدول رقم ٢٢) .

ثانيا : تصور وجود المشكلة :

ويمكن تحليل هذا التصور في ضوء المتغيرات التالية :

(إدراك وجود المشكلة بين الشباب عموما وطلاب المدارس خصوصا :

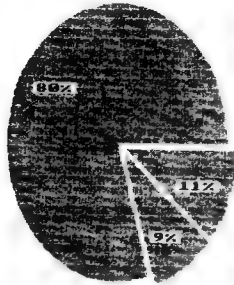
كشفت المادة المعطاه عن إدراك واضح بين أولياء الأمور بالعينة لوجود هذه المشكلة بين الشباب في قطر عموما إذ بلغت نسبة من يدركون بذلك حوالي ٨٠٪ بينما لم تزد نسبة من أكد أنه لا توجد مشكلة عن ٩٪ أما الذين « لا يدرون » شيئا عن وجود المشكلة فقد بلغت نسبتهم حوالي ١١٪ . (جدول رقم ٢٣) .

جدول رقم (٢٣)

توزيع العينة وفقا

لمدى ادراكهم لوجود مشكلة تعاطي المخدرات
بين الشباب في قطر

م	وجود المشكلة	التكرار	النسبة
١	نعم	٨٠	٨٠٪
٢	لا	٩	٩٪
٣	لا أدري	١١	١١٪
		١٠٠	١٠٠٪



توزيع العينة وفقا
لدى ادراكهم لوجود مشكلة تعاطي المخدرات
بين الشباب في قطر

٨٠٪	١) نعم
٩٪	٢) لا
١١٪	٣) لا أدري

والنسبة الأخيرة (١١٪) وإن لم تكن غالبية إلا أنها تشير إلى وجود نوع من السلبية أو الخشية من الجهر برأي محدد في المشكلة . وتتضح الصورة أكثر عندما ترتفع نسبة هؤلاء إلى (٣٠٪) عندما وجه إلى ذات العينة سؤال عن ادراكهم بوجود هذه المشكلة بالمدارس . وقد انخفضت

النسبة بالضرورة بين أولئك الذين أكدوا وجود المشكلة بين طلاب المدارس حيث بلغت حوالي ٦٣٪ (وذلك لارتفاع نسبة من لا يلرون بوجود هذه المشكلة بخصوص هذا السؤال) بينما انخفضت نسبة من ادعى بعدم وجودها حيث لم تزد عن (٦٪) . (جدول رقم ٢٤) .

(٧) كيفية المعرفة بوجود المشكلة بين طلاب المدارس :

تمثل أحاديث الناس في المجالس و القننة الرئيسية ، التي يعرفون من خلالها الكثير من مشكلات المجتمع ، ولم تخرج مشكلة التعاطي عن ذلك ومن ثم استحوذ هذا العنصر على النسبة الغالبة (حوالي ٥٥٪) من الاستجابات .

وقد تلت هذه النسبة نسبة أخرى قريبة منها في المضمون وهي التي تتصل بأن معرفتهم هذه قد تمت عن طريق « أولياء أمور آخرين » (وقد يتم ذلك في المجالس وغيرها) وبلغت نسبة هذه الاستجابة حوالي (٢٣٪) من جملة الاستجابات .

كما يكشف البيان عن تضال دور مجالس الآباء والمدرسين (*) والمنوط به إثارة مثل هذه القضايا فقط بلغت نسبة الاستجابات حوالي ١١٪ . أما أحاديث الابن نفسه عن زملائه بالمدرسة فقد مثلت حوالي ٧٪ . (جدول رقم ٢٥) .

جدول رقم (٢٥)

توزيع العينة وفقا لكيفية معرفتهم أن بعض تلاميذ المدارس يتعاطون المخدرات

النسبة	التكرار	كيفية المعرفة
٥٥,٢٪	٤٨	من حديث الناس في المجالس
٦,٩٪	٦	من حديث ابني عن زملائه بالمدرسة
١١,٥٪	١٠	من حضوري لمجالس الآباء والمدرسين
٢٣٪	٢٠	من أولياء الأمور الآخرين
٣,٤٪	٣	أخرى
١٠٠٪	٨٧	

* سبق الإشارة في مقدمة هذا البحث إلى عدم الإقبال على مجالس الآباء وبالتالي انعدام فعاليتها .

ويكشف هذا المؤشر بصفة عامة عن فقدان دور المدرسة إلى حد كبير في إثارة وعي الآباء بمثل هذه المشكلة فضلا عن ضياع مسألة التفاهم والتواصل بين الآباء والأبناء بشأن ذات المشكلة (وسنعرض لهذه القضية بالتفصيل في المستوى الثاني من التحليل) .

(٣) الاعتقاد بمدى انتشارية الظاهرة ، وكيفية التوصل إلى ذلك :

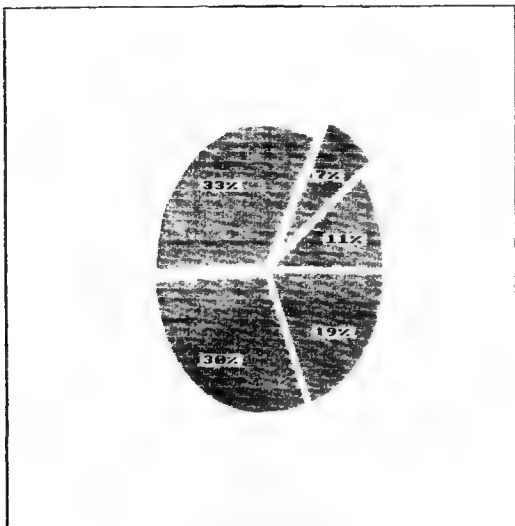
ذهب حوالي ٣٣٪ من أفراد العينة إلى الاعتقاد بأن الظاهرة منتشرة إلى حد ما غير أن النسبة التالية لها مباشرة - ويقارق نسبي ضئيل حوالي (٣٠٪) - تؤكد أن الظاهرة قليلة الانتشار . كما أن هناك نسبة ليست ضئيلة - في هذه الحدود - وتبلغ حوالي (١٩٪) ادعت بأنها لا تدري « من الأمر شيئا وهذا يعني أن هناك نسبة أخرى (حوالي ٧٪) أكدت بأن الظاهرة منتشرة بكثرة . (جدول رقم ٢٦) .

جدول رقم (٢٦)
توزيع العينة وفق الاعتقاد بمدى انتشار
ظاهرة التعاطي بين التلاميذ

النسبة	التكرار	مدى الانتشار
١١٪	١١	١ غير ميين
٧٪	٧	٢ منتشرة بكثرة
٣٣٪	٣٣	٣ إلى حد ما
٣٠٪	٣٠	٤ قليلة الانتشار
١٩٪	١٩	٥ لا أدري
١٠٠٪	١٠٠	

أما الكيفية التي من خلالها توصل أفراد العينة للحكم على مدى انتشارية الظاهرة : سلبا أو إيجابا فقد مثلت أحاديث الناس في المجالس أيضا (وهذا يتسق مع الجدول رقم ٢٥) النسبة الأكبر حيث بلغت حوالي (٤٣٪) من جملة الاستجابات . وقد تلى ذلك مباشرة وسائل الاعلام باعتبارها قناة مهمة تثير الوعي بمدى انتشارية الظاهرة بنسبة بلغت (٣٢٪) وتدنت هنا أيضا مجالس الآباء إلى (١٠٪) وأحاديث الابن نفسه عن المشكلة (٨٪) (جدول رقم ٢٧) الأمر الذي

يتسق تماماً مع ما سبق التوصل إليه بشأن الكيفية التي عرف من خلالها أولياء الأمور بأن بعض تلاميذ المدارس يتعاطون المخدرات (١١٪) مجالس الآباء ، أحاديث الأبناء) .



توزيع العينة وفق الاعتقاد بمدى انتشار ظاهرة التعاطي بين التلاميذ

١١٪	(١) غير متشرب
٧٪	(٢) متشرب بكثرة
٣٣٪	(٣) إلى حد ما
٣٠٪	(٤) قليلة الانتشار
١٩٪	(٥) لا أدري

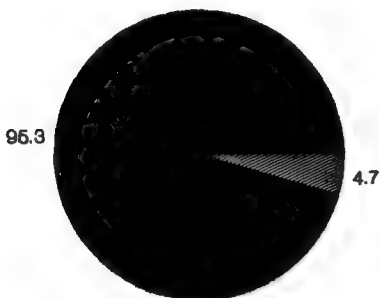
جدول رقم (٢٧)
توزيع العينة وفق كيفية التوصل إلى هذه النتيجة
(تقديرهم لدى انتشار الظاهرة)

٢	كيفية التوصل	التكرار	النسبة
١	من مناقشات مجالس الآباء	١٣	١٠,٣٪
٢	من حديث ابني عن المشكلة	١٠	٧,٩٪
٣	من وسائل الاعلام	٤٠	٣١,٧٪
٤	من قريب أو صديق يعمل في التعليم	٨	٦,٣٪
٥	من حديث الناس بالمجالس	٥٤	٤٢,٩٪
٦	أخرى	١	٠,٨٪
		١٢٦	١٠٠٪

وفيا يتعلق بأولئك الذين حددوا « وسائل الاعلام » باعتبارها الوسيلة أو الكيفية التي تعرفوا من خلالها على مدى انتشارية الظاهرة والذين بلغت نسبة استجاباتهم حوالي ٣٢٪ كما سبق الإشارة فقد حددوا بشكل أكثر دقة الوسيلة الاعلامية التي من خلالها تعرفوا على ذلك . لقد برز التلفزيون والفيديو على قمة الاستجابات حيث بلغت حيلة الاستجابات بشأنها حوالي (٩٥٪) . ومن اللافت للنظر أن أحدا ضمن العينة لم يتأثر بالصحف في هذا الشأن بينما مثلت النسبة المتبقية ٥٪ الوسائل الأخرى غير ما سبق (جدول رقم ٢٨) .

جدول رقم (٢٨)
توزيع العينة وفق
نوعية وسائل الاعلام التي تعرف من خلالها
على ظاهرة التعاطي

النسبة	التكرار	وسائل الاعلام
٩٥,٣ %	٤١	١ تلفزيون - فيديو
—	—	٢ صحف
٤,٧ %	٢	٣ أخرى
١٠٠ %	٤٣	



توزيع العينة وفق
نوعية وسائل الاعلام التي تعرف من خلالها على ظاهرة التعاطي

٩٥,٣ %	(١) تلفزيون - فيديو
—	(٢) صحف
٤,٧ %	(٣) أخرى

ثالثا : ملامح التعاطي :

يمكن تحليل هذه الملامح ودراستها في ضوء متغيرات ثلاثة هي :

(١) امكانية تحديد ملامح تميز التعاطي :

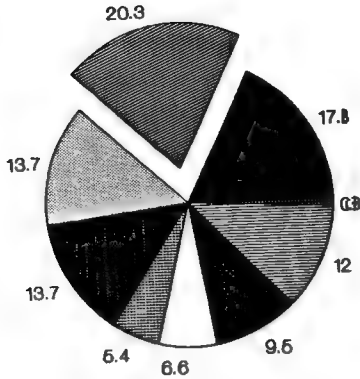
يبينا أكد حوالي (٧٠٪) من جملة أفراد العينة بأن في امكانهم تحديد ملامح التعاطي ذهب حوالي (٢٧٪) بأنه ليس بإمكانهم ذلك (جدول رقم ٢٩) .

وفي حدود النسبة التي أكدت امكانية ذلك تفاوتت الاستجابات بشأن كيفية هذا التحديد . غير أن النسبة الغالبة (٢٠٪) كانت تعتمد على مؤشر « الضعف والحمول وشحوب الوجه » . وتل ذلك مباشرة - بنسبة حوالي (١٨٪) - من أكد بإمكانية التعرف على التعاطي من خلال مظهر « احتقان العينين وزيف البصر » . وتمثلت نسبة من ذهب إلى كل من مؤشري : « الانطواء والعزلة » ، و « قلة الحركة وبطء التفكير » حيث بلغت النسبة في كل حوالي ١٤٪ ثم يليها « الكذب والسرقة » . ثم تتوالى بعد ذلك بقية المؤشرات مثل : « إثارة المشكلات » ، « وسرعة التعب بعد أقل مجهود » .. إلخ (جدول رقم ٣٠) .

جدول رقم (٣٠)

توزيع العينة وفق كيفية تحديد هذه الملامح

النسبة	التكرار	كيفية التحديد
١٧,٨٪	٤٣	١ من إحتقان العينين وزيف البصر
٢٠,٣٪	٤٩	٢ من الضعف والحمول وشحوب الوجه
١٣,٧٪	٣٣	٣ من الانطواء والعزلة
١٣,٧٪	٣٣	٤ قلة الحركة وبطء التفكير
٥,٤٪	١٣	٥ من العدوان والتخريب
٦,٦٪	١٦	٦ من سرعة التعب بعد بذل أقل مجهود
٩,٥٪	٢٣	٧ من إثارة مشكلات
١٢٪	٢٩	٨ الكذب والسرقة
٨,٨٪	٢	٩ أخرى
١٠٠٪	٢٤١	



توزيع العينة وفقا لكيفية تحديد هذه الملامح

١٧,٨ %	١) من احتقان العينين وزيغ البصر
٢٠,٣ %	٢) من الضعف والحمول وشحوب الوجه
١٣,٧ %	٣) من الانطواء والعزلة
١٣,٧ %	٤) قلة الحركة ويطه التفكير
٥,٤ %	٥) من العدوان والتخريب
٦,٦ %	٦) من سرعة التعب بعد قليل مجهود
٩,٥ %	٧) من اثارة مشكلات
١٢ %	٨) الكذب والسرقة
٨ %	٩) أخرى

ويعكس ذلك أن هناك وعيا بالظاهرة ، ورؤية صحيحة للملامح المميزة للمتعاظمي إذ أنه من الطبيعي أن يكون الإدراك أولا فيزيقيا أو جسميا ثم نفسيا أو سلوكيا .

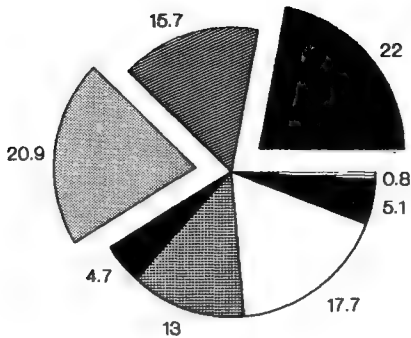
(٢) امكانية تحديد تصرفات (سلوكيات) تميز المتعاطي :

ذهبت نسبة غالبة من بين الباحثين (حوالي ٨٠٪) إلى القول بأن هناك بالفعل تصرفات (سلوكيات) تميز المتعاطي بينما تدنت نسبة الذين ادعوا غير ذلك حوالي (١٦٪) (جدول رقم ٣١) .

وفي إطار هذه النسبة الغالبة توزعت الاستجابات وتنوعت حول ماهية هذه التصرفات التي تميز المتعاطي من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة . وكانت الاستجابة التي تحتل المرتبة الأولى (ضمن ثمان استجابات) هي كثرة التغيب (٢٢٪) ثم السهر خارج المنزل ٢١٪ ، تليها « اللامبالاة وعدم الاهتمام » (نسبة بلغت حوالي ١٨٪) ثم « سوء العلاقات مع الوالدين والأخوة » (١٦٪) ثم « التمرد على الوالدين » (١٣٪) وتدنت الاستجابات بعد ذلك إلى أن بلغت حوالي ٥٪ بالنسبة لبعض الاستجابات مثل « السلبية » . (جدول رقم ٣٢) .

جدول رقم (٣٢)
توزيع العينة وفقا لماهية التصرفات أو السلوكيات المميزة للمتعاطي

النسبة	التكرار	ماهية التصرفات أو السلوكيات	
٢٢٪	٥٦	كثرة التغيب عن المنزل	١
١٥,٧٪	٤٠	سوء العلاقات مع الوالدين والأخوة	٢
٢٠,٩٪	٥٣	السهر خارج المنزل	٣
٤,٧٪	١٣	الميل للعنف والتخريب	٤
١٣٪	٣٣	التمرد على الوالدين	٥
١٧,٧٪	٤٥	اللامبالاة وعدم الاهتمام	٦
٥,١٪	١٣	السلبية وعدم العناد	٧
٨,٠٪	٢	أخرى	٨
١٠٠٪	٢٥٤		



توزيع العينة وفقا لماعية التصرفات أو السلوكيات المميزة للمتعاظمي

٢٢٪	١) كثرة التغيب عن المنزل
١٥,٧٪	٢) سوء العلاقات مع الوالدين والأخوة
٢٠,٩٪	٣) السهرة خارج المنزل
٤,٧٪	٤) الميل للعنف والتخريب
١٣٪	٥) التمرد على الوالدين
١٧,٧٪	٦) اللامبالاة وعدم الاحترام
٥,١٪	٧) السلبية وعدم العناد
٠,٨٪	٨) آخر

وتعكس المؤشرات السابقة أن سلوكيات المتعاظمي - كما يلاحظها ولي الأمر - تتعلق أساسا بتفاعلات الابن مع بقية أفراد الأسرة سواء الوالدين أو الأخوة وتقييمهم لسلوكياته .

(٣) تأثير التعاطي على التحصيل الدراسي ، ومظاهره :

في الوقت الذي لم تزد نسبة من أكد أن هناك ملامح فيزيقية (جسمية) يمكن أن تميز في صوتهما التعاطي عن (٧٠٪) ، ولم ترتفع أيضا نسبة من ذهب إلى أن هناك تصرفات (سلوكيات) تميزه أيضا عن (٨٠٪) ، فإن نفس أفراد العينة عندما سئلوا عن رأيهم في امكانية تأثير التعاطي على درجة التحصيل الدراسي للتلاميذ ارتفعت النسبة إلى (٩٠٪) حيث أكدت هذه النسبة الغالبة صلتق هذا الافتراض .

ومن اللافت للنظر أنه بينما احتوت الجداول السابقة على نسبة - حتى ولو كانت ضئيلة - من الذين نفوا وجود ملامح مميزة للتعاطي إلا أن هذا البيان (جدول رقم ٣٣) لم يتضمن اجابة واحدة ادعت بعدم وجود هذا التأثير المفترض . بينما بلغت نسبة الذين لا يدرون حوالي (٨٪) .

وعندما سئل أفراد العينة عن علامات أو مظاهر هذا التأثير أكدت نسبة بلغت حوالي (٤٤٪) أن هذا المظهر يتمثل في « تكرار مرات الرسوب » ، وتلت هذه الاستجابة - ويفارق نسبي ضئيل - استجابة أخرى تمثلت في انخفاض التقديرات (العلامات) للتعاطي حيث بلغت حوالي (٣١٪) . ثم جاء في المرتبة الثالثة « أخطار المدرسة » (شكوى المدرسين) بنسبة استجابات بلغت حوالي (١٧٪) ثم وردت أخيرا - ويفارق نسبي كبير - استجابة خاصة بالتزوير في علامات الشهادات حوالي (٧٪) (جدول رقم ٣٤) .

وهكذا أكدت عينة الدراسة على وجود ارتباط وثيق بين التعاطي وتكرار مرات الرسوب أو انخفاض التقديرات للمتعاطين من الطلاب أو التزوير في الدرجات وما إليها .
رابعاً : أسباب التعاطي :

يكتننا رؤية هذا الجانب من خلال عناصر أربعة نعرضها على النحو التالي :

(١) الأسباب العامة :

رغم ورود أربعة أسباب عامة - فضلاً عن أسباب أخرى غير محددة - تؤدي للتعاطي ، إلا أن استجابة أفراد عينة الدراسة بشأنها قد تبلورت جميعها واستقطبت في سبب واحد هو « سهولة الحصول على المخدر » فقد بلغت نسبة الاستجابة تجاه هذا المتغير حوالي ٩١٪ من جملة الاستجابات ، أما الذين عدوا أسباباً أخرى (لم تصنف) فلم تزد نسبتهم عن ٩٪ . (جدول رقم ٣٥) .

ولعل الأمر يختلف هنا في عينة أولياء الأمور عن مثلتها بين الطلاب فقد توزعت الأسباب لدى العينة الأخيرة وكان في مقدمتها « الرغبة في التجريب » ولم يستحوذ هذا السبب على أكثر من ٣١٪. ثم تلاه مجموعة من الأسباب الأخرى . ويبدو أن السبب في اختلاف الرؤية هنا إلى الوسط أو المناخ الذي يتعامل من خلاله أفراد كلا العيتين فما يعتقد أولياء الأمور كأسباب دافعة للتعاطي هو اعتقاد مرده لكونهم ملاحظين من الخارج وربما عن بعد ، هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى فقد يكونوا (الآباء) أكثر إدراكا للواقع الملموس من الطلاب أنفسهم ولا يقلل هذا بأي حال من إدراك الطلاب للظاهرة فلهم رؤيتهم الذاتية المستمدة أساسا من تفاعلهم مع الآخرين ممن يتعاطون ، غير أن هذا لا يعني صدق رؤية طرف بالنسبة للآخر ، وإنما هي في النهاية - وهذا ما نطمح إلى التوصل إليه - رؤية متكاملة لذات الظاهرة .

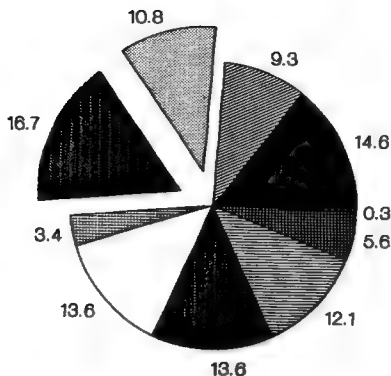
(٢) الاسباب الاجتماعية :

ضمن عشرة اسباب اجتماعية تتصل اساسا بنمط التنشئة الاجتماعية بالأسرة توزعت استجابات المبحوثين بصدد اعتبار أيها - أو بعضها - السبب الفاعل في التعاطي . فقد وافقتا البيانات بأن هناك حوالي ١٧٪ من اجمالي الاستجابات تؤكد بأن : « التدليل الزائد من أحد الوالدين للابناء » يقف على قمة الاسباب الاجتماعية . وبلى ذلك « المشكلات المستمرة بين الأب والأم » (١٥٪) ، ثم يتماثل في نسبة الاستجابة بعد ذلك سببان هما : « افتقاد القدوة الحسنة » ، « وعدم القدرة على شغل وقت الفراغ » وقد استحوذ كل منهما على نسبة ١٤٪ .

لعب متغيرا « التدليل الزائد » ١٦,٧٪ و « القسوة الشديدة » صورتان متطرفتان للتنشئة الاجتماعية (انظر جدول رقم ٣٦) .

جدول رقم (٣٦)
توزيع العينة وفق
رؤيتهم للأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاظم

٢	الاسباب الاجتماعية	التكرار	النسبة
١	مشكلات مستمرة بين الاب والام	٤٧	٪١٤,٦
٢	وفاة احد الوالدين او كليهما	٣٠	٪ ٩,٣
٣	القسوة الشديدة في التنشئة الاجتماعية	٣٥	٪١٠,٨
٤	التدليل الزائد من احد الوالدين	٥٤	٪١٦,٧
٥	الابن الذكر الوحيد	١١	٪ ٣,٤
٦	افتقاد القدوة الحسنة	٤٤	٪١٣,٦
٧	عدم القدرة على شغل وقت الفراغ	٤٤	٪١٣,٦
٨	تغيب الاب	٣٩	٪١٢,١
٩	الاقامة مع زوجة الاب او زوج الام	١٨	٪ ٥,٦
١٠	اخرى	١	٪ ,٣
		٣٢٣	٪١٠٠



توزيع العينة وفق رؤيتهم للأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاظم

٪١٤,٦	مشكلات مستمرة بين الاب والام	(١)
٪ ٩,٣	وفاة احد الوالدين او كليهما	(٢)
٪١٠,٨	القسوة الشديدة في التنشئة الاجتماعية	(٣)
٪١٦,٧	التدليل الزائد من احد الوالدين	(٤)
٪ ٣,٤	الابن الذكر الوحيد	(٥)
٪١٣,٦	اكتفاد القفوة الحسنة	(٦)
٪١٣,٦	علم القدرة على شغل وقت الفراغ	(٧)
٪١٢,١	تغيب الاب	(٨)
٪ ٥,٦	الاقامة مع زوجة الاب او زوج الام	(٩)
٪ ,٣	اخرى	(١٠)

ورغم التفاوتات القائمة في نسب الاستجابات لهذه الاسباب الاجتماعية الا ان الفوارق فيما بينها ليست شديدة الاتساع فإذا كانت أعلى النسب (التذليل الزائد) قد بلغت حوالى ١٧٪ فإن أدناها (الإقامة مع زوجة الأب أو زوج الأم) قد بلغ حوالى ٦٪ وبينهما تتدرج الاسباب الثمانية الأخرى .

(٣) الاسباب الاقتصادية :

تشير البيانات الى أن « سهولة الحصول على المخدر » (وهو الذي تسيد الاسباب العامة من قبل) يلعب الدور الأكبر هنا ضمن الاسباب الاقتصادية (حوالى ٣٨٪) .

وبفارق بسيط - وفي اطار ذات العنصر - يبرز متغير « الغنى » كعامل دافع يؤدي بطبيعة الحال لسهولة الحصول على ثمن المخدر (٣٥٪) . أما الفقر الذى يؤدي الى المغامرة للحصول على المال لتدبير ثمن المخدر فقد مثل نسبة ليست هينة إذ بلغت جملة الاستجابات بشأنه حوالى (٢٦٪) (جدول رقم ٣٧) .

جدول رقم (٣٧)

توزيع العينة وفق

رؤيتهم للاسباب الاقتصادية المؤدية للتعاطي

م	الاسباب الاقتصادية	التكرار	النسبة
١	الفقر (والذي يؤدي الى المغامرة للحصول على المال)	٤١	٢٦,١٪
٢	الغنى	٥٥	٣٥,٠٪
٣	سهولة الحصول على ثمن المخدر	٦٠	٣٨,٢٪
٤	اخرى	١	٠,٦٪
		١٥٧	١٠٠٪

ومن الطبيعي أن تتكامل هذه الاسباب الاقتصادية مع الاجتماعية إذ أنها لا تصبح ذات معنى ان لم تجد البيئة الاجتماعية المشجعة لها والدافعة لنتموها .

(٤) الأسباب التربوية (المدرسية) المؤدية للتعاطي :

هناك سببان رئيسيان ضمن الأسباب التربوية فيما يتصل بالمدرسة ويؤديان - من وجهة نظر أفراد العينة - للتعاطي وهما على الترتيب : « عدم الميل للدراسة » (٤٠٪) ، ويليه مباشرة - ويفارق نسي ضئيل - (٣٧٪) « الفشل نتيجة التأخر الدراسي » .

أما عدم ملازمة الجو المدرسي فقد جاء كسبب في المرتبة الثالثة - وذلك بعد فارق نسي كبير - (١٦٪) . بينما لم تزد نسبة « صعوبة المقررات الدراسية » عن ٥٪ . (جدول رقم ٣٨) .

خامسا : مشكلات مرتبة على التعاطي ومحاولات التدخل لعلاجها :

يمكن معالجة هذا الجانب في ضوء عناصر أربعة رئيسية هي :

(١) نوعية المشكلات المترتبة على التعاطي :

تنوع هذه المشكلات وتعدد فئتها ما هو تربوي (مدرسي) ، ومنها ما هو اقتصادي يرتبط بالامكانية الاقتصادية الدافعة للتعاطي . وبعضها قانوني - أمني ، وجانب منها اجتماعي يتصل بالأوضاع الاجتماعية للأسرة .

فإذا تناولنا المشكلتين التربويتين المتصلتين بالتعاطي وهما : « التأخر الدراسي » ، و « الانقطاع عن الدراسة » فإننا نجد نسبتيهما معا تبلغ حوالي ٣٧٪ من جملة الاستجابات . أما المشكلات الاقتصادية فقد تبلورت في مشكلة واحدة هي : « اتفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي » وبلغت نسبة الاستجابة لهذا الجانب حوالي ١٤٪ .

بينما تمثل الجانب القانوني أو الأمني - باعتباره مشكلة مرتبة على التعاطي في « الضبط والتوقيف في جريمة » وقد بلغت نسبة الاستجابة نحو هذا العنصر حوالي ١١٪ وفيما يتعلق بالمشكلات الاجتماعية المترتبة على التعاطي فقد برز عنصر يعد نسبيا أعلى العناصر ليس بالنسبة للمشكلات الاجتماعية فقط وإنما على مستوى نوعية المشكلات الماثرة جميعا ذلك هو : « الاساءة بسمعة العائلة (حوالي ٢٣٪) ، اما « التقليد بين الاخوة داخل الاسرة » فقد بلغت نسبة الاستجابة له حوالي (١٤٪) (جدول رقم ٣٩) .

جدول رقم (٣٩)
توزيع العينة وفقا
للمشكلات المترتبة على التعاطي

٢	المشكلات المترتبة على التعاطي	التكرار	النسبة
١	التأخر الدراسي	٢٢	٪١٦,٧
٢	الانقطاع عن الدراسة	٢٧	٪٢٠,٥
٣	انفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي	١٨	٪١٣,٦
٤	الضبط والتوقيف في جريمة	١٥	٪١١,٤
٥	التقليد بين الاخوة داخل الاسرة	١٨	٪١٣,٦
٦	الاساءة بسمعة العائلة	٣٠	٪٢٢,٧
٧	أخرى	٢	٪ ١,٥
		١٣٢	٪١٠٠

وينبغي الالتفات الى أهمية مسألة « الاساءة بسمعة العائلة » ليس بوصفها فقط مشكلة مترتبة على التعاطي وإنما أيضا كعنصر أساسي يدخل في الاعتبار عند تقدير مسألة « الاعلان عن وجود المشكلة والاعتراف بها » فضلا عما يترتب على ذلك من التردد الواضح عند اعلان الرغبة في العلاج . ويبدو أن تقليدية المجتمع والعلاقات القرباية شديدة الوثوق - في جانبها الشكلي على الاقل - للدرجة التي يصير معها الاذمان « وصمة » لا تلحق بالتعاطي وحده وإنما بجاعته القرباية في عمومها .

(٧) النصيحة المسداه في حالة تعاطي ابن صديق أو قريب للمخدرات :
كانت النصيحة اللافتة للنظر التي يسديها المبحوث لصديق أو قريب يتعاطى ابنه المخدرات محدده في : « عرضه على الطبيب للعلاج » (٤٣٪) . ثم يلي ذلك - ويفارق كبير نسبيا - « توجيه النصيحة للابن بالكف عن التعاطي » (٣٠٪) .

وبعد ذلك أخذت النسب فيما يتعلق بالنصائح الأخرى في التفاضل النسبي مثل :
 « السفر الى الخارج للعلاج » (حوالي ١٢٪) و « استشارة ادارة المدرسة » (حوالي ١٠) ثم استجابة تتحدد في « لا أدرى ماذا أفعل » ولم تزد نسبة من ذهبوا اليها عن (٤٪)
 (جدول رقم ٤٠) .

ومن المعلوم ان الاستجابات السابقة وغيرها التي تسعى الى التعرف على وجهة نظر
 الباحث من خلال « نصيحته لغيره » لا تعكس بالضرورة موقف الباحث نفسه من
 الظاهرة محل الدراسة . ومن ثم ينبغي أن تؤخذ هذه النتيجة بحذر بالغ وانها تمثل فقط
 رأى الباحث في الموضوع تجاه غيره ولا تنطبق بالضرورة عليه اذا ما افترض وتعرض ابنه
 مثلا لذات المشكلة .

(٣) مدى اسهام المدرسة في علاج مشكلة التعاطي ، وماهيته :
 تعول غالبية افراد العينة على المدرسة في علاج مشكلة التعاطي إذ تؤكد ذلك نسبة
 بلغت حوالي (٦٣٪) مقابل (٢٤٪) زعموا غير ذلك بينما كان هناك حوالي (١١٪)
 « لا يدرون » إن كان للمدرسة دور أم لا . (جدول رقم ٤١) .

غير أن هذه النتيجة ينبغي ان تؤخذ بحذر بالغ* إذ أن الفشل أحيانا في علاج المشكلة -
 أية مشكلة - قد يدفع بالفرد الى القاء التبعة على غيره من الافراد أو المؤسسات . لكن
 ذلك لا يعني بحال من الاحوال انه ليس للمدرسة دور وإنما نقصد بذلك ان نقدر هذا
 الدور بحجمه الحقيقي وان يمارس في حدود الادوار العديدة المختلفة المرتبطة بالظاهرة .

وفي حدود نسبة الذين أكلوا هذا الاسهام تفاوتت استجاباتهم من حيث ماهية
 (نوعية) هذا الاسهام . فبينما كانت الاستجابة الأكبر حوالي (١٨٪) تدعو الى « إبراز
 موقف الدين من المخدرات » ظهرت نسبة مماثلة تقريبا (١٧٪) تنشد « إقامة ندوات
 توعوية » .

* وإذا كان الأمر كذلك وإذا كانت هناك نحو ٦٣٪ يلقون بالتبعة على المدرسة فكيف تفسر إذن احجام
 أولياء الأمور عن حضور مجالس الآباء أو حتى مجرد الاتصال بادلة للمدرسة أو أعضاء هيئة التدريس
 فيها ؟ !

أما الاستجابات الأقل فقد كانت ممثلة في : « الاهتمام بالتحويل للعلاج الطبي أو النفسي » (١١٪) ثم « تأكيد دور الاختصاصي الاجتماعي ورائد الأسرة والفصل في حل المشكلة » (٧٪) . وبين هذا وذاك برزت مجموعة أخرى من الاستجابات كان أكثرها وضوحا زيادة فعالية اجتماعات مجالس الآباء (١٣٪) ، وزيادة فرص النشاط بالمدرسة (١٢٪) (جدول رقم ٤٢) .

ومن اللافت للنظر في النسب سالفة الذكر أن اعلاها لم يتناول الاسهام المباشر الذي يعول على المدرسة بصفة خاصة ومعددة ، وإنما جاءت الإشارة الى الاسهامات بطريقة عامة يمكن ان تمارسها المدرسة او غيرها من المؤسسات المجتمعية الأخرى ، وبخاصة ما يتصل منها بوسائل الاعلام (وذلك كالقول بضرورة ابراز موقف الدين ، واقامة الندوات للتوعية ... الخ) .

ولعل ذلك يكشف اما عن عدم وضوح دور المدرسة في اذهان اولياء الامور ، أو تقلص هذا الدور وعدم فعاليته ، أو اخفاق المؤسسات الأخرى في القيام بدورها المأمول .

(٤) مدى كفاية المدرسة لمواجهة المشكلة ، وأسباب عدم الكفاية :

أوضحت النسبة الغالبة ضمن العينة (٨١٪) ان المدرسة لا تمارس دورها في مواجهة المشكلة بكفاية مقابل (٩٪) أكدوا عكس ذلك في حين كانت هناك نسبة (٨٪) « لاتدري » ما اذا كانت كافية اولا . (جدول رقم ٤٣) .

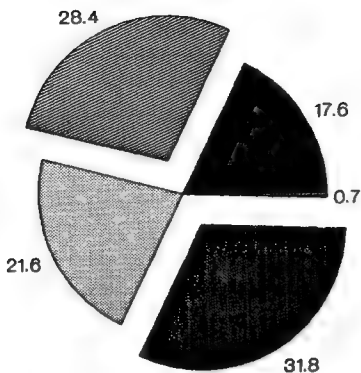
وقد أبرزت النسبة الكبرى (٨١٪) ان السبب الرئيسي لعدم الكفاية يتحدد في أن « التصدى للمشكلة يحتاج الى تعاون الأسرة والمدرسة معا » (٣٢٪) . وما أكد هذه الاستجابة ودعمها أن وردت استجابة أخرى تالية لها مباشرة (٢٨٪) ذهبت الى أن « المشكلة لها أبعاد متعددة ومعقدة » .

ثم حددت نسبة بلغت حوالي (٢٢٪) « مشكلة عدم الكفاية » بأن امكانات المدرسة المحدودة تقف عائقا امام ممارستها دورها بكفاية ، بينما حصرت نسبة ضئيلة نسبيا حوالي (١٧٪) المشكلة في حدود الأسرة وادعت بأنها تخصها وحدها ولا داعي لتدخل المدرسة (جدول رقم ٤٤) .

جدول رقم (٤٤)
توزيع العينة وفقا
لأسباب عدم كفاية دور المدرسة لمواجهة المشكلة

٢	الأسباب	التكرار	النسبة
١	لأن هذه المشكلة تخص الأسرة أساسا	٢٦	٪١٧,٦
٢	لأن المشكلة لها أبعاد متعددة ومعقدة	٤٢	٪٢٨,٤
٣	لأن امكانات المدرسة محدودة	٣٢	٪٢١,٦
٤	لأن التصدى لها يحتاج الى تعاون الأسرة والمدرسة	٤٧	٪٣١,٨
٥	اخرى	١	٪ ٠,٧
		١٤٨	٪١٠٠

وتكشف الاستجابات في مجملها عن وعي عينة الدراسة بالمشكلة وانها ليست قاصرة على مؤسسات او هيئة بعينها وانما ينبغي النظر اليها بشكل متكامل ومتعدد الأبعاد .



توزيع العينة وفقا
لأسباب عدم كفاية دور المدرسة لمواجهة المشكلة

١٧,٦ %	(١) لأن هذه المشكلة تخص الأسرة أساسا
٢٨,٤ %	(٢) لأن المشكلة لها أبعاد متعلقة ومعقدة
٢١,٦ %	(٣) لأن امكانيات المدرسة محدودة
٣١,٨ %	(٤) لأن التوصل لها يحتاج الى تعاون الأسرة والمدرسة
٠,٧ %	(٥) أخرى

ثالثا : الاستبيان الخاص برواد الأسر والفصول والاختصاصيين الاجتماعيين :

- تضمنت هذه الاداة أيضا عناصر خمسة رئيسية تمثلت في :
- بيانات اسامية .
 - تصور وجود المشكلة .
 - ملامح التعاطي .
 - أسباب التعاطي .
 - مشكلات مرتبة على التعاطي ومحاولات التدخل لمواجهتها .

وسوف نتناول هذه العناصر في شيء من التفصيل :

بلغ عدد الاداريين والاختصاصيين ورواد الاسر والفصول والمدرسين الذين شملتهم عينة الدراسة ١٦٠ فردا . يمثلون المرحلة الثانوية (الثانوي العام والفني) والاعدادية ، وبلغت نسبة اولئك الذين يعملون في قطاع المدارس الثانوية (ثانوي عام) ٤٥٪ ، في حين بلغت نسبة اولئك الذين يتبعون الى الثانوي الفني ٦ ، ٣٥٪ (تجارى ، فني ، ومركز تدريب ، معهد ديني) ، اما ١٩ ، ٤٪ الباقية من العينة من العاملين في قطاع المدارس الاعدادية .

وقد جاء هذا الاختيار وفقا لعينة الدراسة والتي سبق الاشارة اليها في مقدمة هذا البحث حيث رؤي اختيار ٥٠٪ من مدارس الدوحة الثانوية والاعدادية والتي بلغت ٢٢ مدرسة للذكور على مستوى مدينة الدوحة .

وقد تفاوتت نسبة رواد الاسر والفصول او غيرهم من المدرسين أو الاداريين أو الاختصاصيين بين هذه المدارس حيث جاءت نسبة مدرسة الدوحة الثانوية في مقدمة هذه النسب لتشكل ١٩ ، ٤٪ من العينة ، يلي ذلك مركز التدريب المهني اذ بلغت نسبة الذين شاركوا في هذا البحث ١٣ ، ١٪ ، ثم جاءت مدرسة الاستقلال الثانوية ليشكل افرادها ٦ ، ١٠٪ من عينة الدراسة وإن تساوت مع المعهد الديني (٦ ، ١٠٪) ثم تأتي مدرسة خليفة الثانوية لتمثل ٩ ، ٤٪ من العينة ، ثم مدرسة ابو ايوب الانصاري الاعدادية ٧ ، ٥٪ وتساوى بعد ذلك نسبة مدارس : ابن تيمية الثانوية والتجارية الثانوية والفنية الثانوية والبرموك الاعدادية ومشيرب الاعدادية ليمثل كل منها ٥ ، ٦٪ من العينة في كل مدرسة على حدة .

أولا : بيانات أساسية :

(١) السن :

والجدير بالذكر ان ٥٠٪ من عينة الدراسة تجاوزت اربعين عاما ، وترجع اهمية هذه النسبة لاحتمالية وجود ابناء لديهم في سن الطفولة المتأخرة او المراهقة كما سوف نرى فضلا عن نسبة اخرى متضمنة في الفئة العمرية من ٣٠ - ٤٠ عاما وهؤلاء يشكلون ٤١,٩٪ (انظر جدول رقم ٢) خاصة اولئك الذين تزوجوا في سن مبكرة ، ومن ثم احتمالية ازدياد وعيها نسيبا بمشكلة الادمان .

(٢) الجنسية :

اما توزيع عينة الدراسة وفقا للجنسية فقد جاء (الأردنيون والفلسطينيون) ليشكلوا ٣٥,٧٪ من العينة (سواء من رواد الاسر او الفصول او غيرهم من المدرسين والاختصاصيين) ، يلي ذلك المصريون ليشكلوا ٣٣,٣٪ من العينة ثم القطريون ويشكلون ١٥٪ من العينة ، في حين تتضاءل نسبة السودانيون لتصل الى ٢,٥٪ ثم اللبنانيين ٠,٦٪ (انظر جدول ٣) . وبما تجدر الاشارة اليه ان هناك ١٣,١٪ من رواد الاسر والفصول والمدرسين . . . الخ اغفلوا تحديد جنسياتهم نظرا لحساسية الموضوع وترددهم الواضح في معالجة مثل هذه القضايا .

وكما سبق القول فإن ٥,٦٪ من العينة اغفلت الاشارة الى السن هروبا من اثبات الهوية ، في حين بلغت نسبة المدرسين ٧٥,٦٪ من العينة ، ثم الاداريين (مديرو المدارس والوكلاء) ٦,٩٪ فالاعمال المكتبية ٥,٦٪ وتتضاءل نسبة الاختصاصيين لتصل الى ٣,٧٪ . (انظر جدول رقم ٤) .

(٣) الدين :

اغفلت ٣,١٪ ذكر ديانتهم هروبا من اثبات الهوية ، وبلغت نسبة المسلمين ٩٥,٦٪ في حين تضاءلت نسبة المسيحيين لتصل الى ١,٢٪ (جدول رقم ٥) .

(٤) المؤهل :

اغفل ٦٦,٩٪ من العينة (١٠٧ حالة) ذكر المؤهل الجامعي هروبا من اثبات الهوية في حين اشارت ٣٢,٥٪ الى الدرجة الجامعية الاولى (ليسانس ، بكالوريوس) ٠,٦٪ الى الدرجة الجامعية الثانية . (جدول رقم ٦) .

٥) عدد سنوات الخدمة :

١٦,٢٪ اغفلوا الإشارة الى عدد سنوات الخدمة ، وتشكل نسبة اولئك الذين مضى على وجودهم عامان ٤, ١٩٪ وهي أعلى النسب جميعا ، ٢, ١١٪ عام واحد ، ٧, ٨٪ ثلاث سنوات ، ٤, ٤٪ اربع سنوات ، ٧, ٨٪ خمس سنوات ، ٤, ٤٪ ست سنوات ، ٣, ٦٪ سبع سنوات ، ثم تتضاءل نسبة اولئك الذين تجاوزوا ١٠ سنوات . . . وأيا كان الأمر فإن الغالبية أى نحو ٧٢٪ قد مضى على وجودهم بالمدرسة أكثر من عام دراسي وهذا يعنى أن لديهم القدرة على اكتشاف حالات التعاطي أو أن لديهم القدرة على تصور وجود المشكلة أو مدى انتشاريتها . (انظر جدول ٧) .

٦) الحالة الزوجية :

تشكل نسبة المتزوجين عموما ١, ٩٣٪ من العينة ، في حين بلغت نسبة المتزوجين ولديهم أبناء ٤, ٨٩٪ . (انظر جدول رقم ٨) .

٧) عدد الأبناء :

١٥٪ من عينة الدراسة اغفلت الإشارة الى عدد الأبناء هرويا من اثبات الهوية وأيا كان الأمر فإن نسبة اولئك الذين لديهم ابناء ٨٥٪ من العينة ، في حين بلغت نسبة اولئك الذين لديهم ثلاثة ابناء ٢٠٪ ، يلي ذلك ابناء ٦, ١٥٪ ثم نسبة مماثلة لأولئك الذين لديهم خمسة ابناء ، أما نسبة اولئك الذين لديهم أربعة ابناء فتبلغ ٤, ١٤٪ ، ستة ابناء ٤, ٩٪ ثم يأتي اولئك الذين لديهم ابن واحد لتصل الى ٤, ٤٪ ، ثم تتضاءل نسبة من لديهم أكثر من ستة لتصل الى ٥, ٢٪ ولبن لديهم سبعة ابناء ٢, ١٪ ، ونسبة مماثلة لمن لديهم تسعة وتتضاءل لتصل الى ٦, ٠٪ لمن لديهم عشرة ابناء (حالة واحدة) (انظر جدول رقم ٩) .

أما عن نوعية الأبناء فتشير الملاحظة الاحصائية الى ارتفاع نسبة الذكور عن الاناث بالنسبة للابن الاول ٥, ٤٧٪ ذكور و ٤, ٣٩٪ اناث ، وبالنسبة للأبن الثاني ٢, ٤٦٪ ذكور و ٩, ٣٦٪ اناث ، وبالنسبة للابن الثالث ٦, ٣٥٪ ذكور و ٦, ٣٠٪ اناث ، وبالنسبة للابن الرابع ٥, ٢٥٪ ذكور و ٩, ٢١٪ اناث . ثم تنخفض نسبة الذكور عن الاناث بالنسبة للابن الخامس لتصل نسبة الذكور الى ٧, ١٣٪ في حين ترتفع نسبة الاناث الى ١, ١٨٪ ويلائل بالنسبة للابن السادس حيث تصل نسبة الاناث الى ١٠٪

بينما تنخفض بالنسبة للذكور الى ٦,٣٪ (انظر جداول ١٠ ، ١٢ ، ١٤ ، ١٦ ، ١٨ ، ٢٠) .

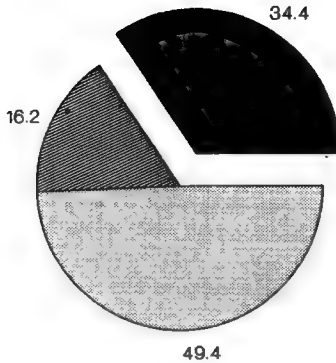
وترجع اهمية الفاء الضوء على اعمار الابناء الى معرفة نسبة اولئك الذين لديهم ابناء وصلوا الى سن المراهقة المبكرة ١٣ سنة فأكثر ، فلا شك ان هؤلاء لديهم المزيد من الوعي والاحساس بمشكلة التعاطي والادمان ، وبالنسبة للابن الاول فقد بلغت نسبة اولئك الذين لديهم ابناء في سن الثالثة عشرة فأكثر ٢٦,٩٪ من عينة الدراسة . أما بالنسبة للابن الثاني فقد بلغت نسبة اولئك الذين تجاوز ابنهم الثاني الثالثة عشرة ٢١٪ والابن الثالث ١٣,٦٪ والرابع ٤,٢٪ والخامس ٣,٦٪ في حين تصل نسبة هؤلاء بالنسبة للسادس ١,٨٪ (انظر جداول ارقام ١١ ، ١٢ ، ١٥ ، ١٧ ، ١٩ ، ٢١) .

ثانيا : تصور وجود مشكلة التعاطي ، كيفية اكتشافها ومدى انتشارها : اشارت ٣٤,٤٪ من العينة الى وجود طلاب بالمدرسة يتعاطون المخدرات في حين انكر ١٦,٢٪ وجود طلاب يتعاطون المخدر بينما ذهب نسبة ٤٩,٤٪ الى انهم لا يدرون اذا كان هناك طلاب يتعاطون المخدرات ام لا وتلك نسبة مرتفعة اذ تشكل نصف العينة تقريبا (٧٩ فردا) ، واذا كان ٧٢٪ من رواد الاسر والفصول والاختصاصيين الاجتماعيين والاداريين قد مضى على وجودهم اكثر من عام دراسي (انظر جدول رقم ٧) ادركنا مبررات مثل هذه الاستجابات السلبية « المتمثلة في لا أدري » (انظر جدول رقم ٢٢) .

جدول رقم (٢٢)

توزيع العينة وفق ادراكهم لوجود طلاب يتعاطون المخدرات

م	تعاطي المخدرات	التكرار	النسبة
١	نعم	٥٥	٣٤,٤٪
٢	لا	٢٦	١٦,٢٪
٣	لا أدري	٧٩	٤٩,٤٪
		١٦٠	١٠٠٪



توزيع العينة وفق ادراكهم لوجود طلاب يتعاطون المخدرات

نعم	(١)	٣٤,٤٪
لا	(٢)	١٦,٢٪
لا أدري	(٣)	٤٩,٤٪

اما عن كيفية اكتشاف ان هناك طلاب يتعاطون المخدرات بالمدرسة ، فقد أشار اولئك الذين ادركوا ابعاد المشكلة ويشكلون ٣٤,٤٪ من العاملين بها الى ان معرفتهم جاءت اما من حديثهم مع الطلاب اتفاقا او مصادفة ٣٦,٣٪ او من الاستماع الى شكاوى البعض منهم من هؤلاء المدمنين ٥,٤٪ اى ان مصدر معلوماتهم الطلاب انفسهم (٧٠,٤١٪) ، يلي ذلك اولئك الذين اكتشفوا ان هناك من يتعاطى المخدرات من رؤيتهم الشخصية المباشرة وهؤلاء يشكلون

٢٩٪ من المدرسين لابعاد المشكلة ، في حين تذهب نسبة ١٢,٧٪ الى ان اكتشافهم لحالات التعاطي مرده الى مجرد سماعهم من زملائهم اعضاء هيئة التدريس او العاملين بالمدرسة ، بينما تذهب ٥,٤٪ الى ان معرفتهم مردها الى اولياء الامور انفسهم ، في حين تذهب نسبة دون ذلك ٣,٦٪ الى ان اكتشافهم للطلبة المتعاطين جاء نتيجة احاديثهم مع العمال والفراشين بالمدرسة ، بينما ذهبت نسبة مماثلة ٣,٦٪ الى ان ادراكهم لذلك جاء من خلال اختلاطهم بالطلاب خارج اسوار المدرسة (انظر جدول رقم ٢٣) .

جدول رقم (٢٣)
توزيع العينة وفقا لكيفية اكتشاف الامعان

٢	كيفية الاكتشاف للتعاطي	التكرار	النسبة
١	من الرؤية المباشرة	١٦	٢٩,٧٪
٢	من حديثي مع بعض الطلاب	٢٠	٣٦,٣٪
٣	من شكوى بعض الطلاب	٣	٥,٤٪
٤	من زملائهم	٧	١٢,٧٪
٥	من اولياء الامور	٣	٥,٤٪
٦	من الفراشين بالمدرسة	٢	٣,٦٪
٧	من خلال اختلاطي مع الطلاب خارج المدرسة	٢	٣,٦٪
٨	اخرى	٢	٣,٦٪
		٥٥	١٠٠٪

الاعتقاد بمدى انتشارية الظاهرة :

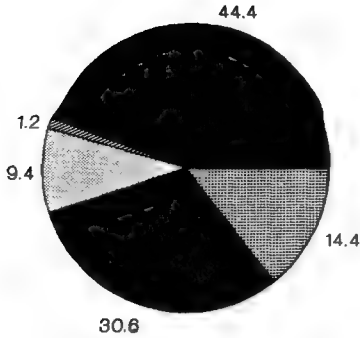
وعن التساؤل هل تعتقد انها ظاهرة متشرة بمدرستك ؟

كشفت الملاحظة الاحصائية عن ان ٤٤,٤٪ من العينة لم توضح رأيا بصلد هذا التساؤل والذي يدور حول الاعتقاد بانتشار ظاهرة التعاطي في المدرسة ، في حين افاد ١,٢٪ عن انتشار

الظاهرة بكثرة و ٤, ٩٪ من انتشارها الى حد ما ، وان ذهبت ٦, ٣٠٪ الى انها قليلة الانتشار ،
 اى ان هناك نحو ٢, ٤١٪ من العينة ترى ان ظاهرة التعاطي بالمدرسة واردة بطريقة او اخرى ،
 في حين تذهب نسبة ٤, ١٤٪ الى الزعم بأنها لا تدرى اذا كانت الظاهرة متشرة ام لا .
 (جدول رقم ٢٤) .

جدول رقم (٢٤)
 توزيع العينة وفق الاعتقاد
 بانتشار ظاهرة التعاطي في المدرسة

م	انتشار التعاطي	التكرار	النسبة
١	غير مبين	٧١	٤٤, ٤٪
٢	متشرة بكثرة	٢	١, ٢٪
٣	متشرة الى حد ما	١٥	٩, ٤٪
٤	قليلة الانتشار	٤٩	٣٠, ٦٪
٥	لا أدري	٢٣	١٤, ٤٪
		١٦٠	١٠٠٪



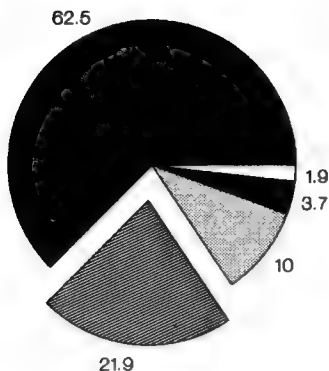
**توزيع العينة وفق الاعتقاد
بانتشار ظاهرة التماس في المدرسة**

١	غير ميين	٪٤٤,٤
٢	متشرة بكثرة	٪ ١,٢
٣	متشرة الى حد ما	٪ ٩,٤
٤	قليلة الانتشار	٪٣٠,٦
٥	لا احدي	٪١٤,٤

أما عن توزيع العينة وفق تقديرهم التقريبي لعدد الحالات الموجودة بالمدرسة ، فقد جاءت استجاباتهم لتلقى المزيد من الضوء على ادراكهم لمدى انتشارية الظاهرة :
 أولا : لقد أثرت نسبة ٦٢,٥٪ (١٠٠ حالة) من الإداريين ورواد الفصول والاختصاصيين الابتعاد عن الاجابة على هذا التساؤل ، ومرد ذلك كما سبق أن أشرنا الى الخوف من الخوض في مثل هذه الموضوعات فضلا عن ان السؤال يستهدف التقدير الشخصي لعدد الحالات (جدول رقم ٢٥) .

جدول رقم (٢٥)
 توزيع العينة وفق تقديرهم التقريبي
 لعدد الحالات الموجودة بالمدرسة

٢	التقدير التقريبي	التكرار	النسبة
١	غير معين	١٠٠	٦٢,٥٪
٢	أقل من ٥ حالات	٣٥	٢١,٩٪
٣	من ٦ الى ١٠ حالات	١٦	١٠٪
٤	من ١١ الى ١٥ حالة	٦	٣,٧٪
٥	من ١٦ الى ٢٠ حالة	—	—
٦	اكثر من ٢٠ حالة	٣	١,٩٪
		١٦٠	١٠٠٪



توزيع العينة وفق تقديرهم التقريبي
لعدد الحالات الموجودة بالمدرسة

١	غير مبين	٦٢,٥ %
٢	أقل من ٥ حالات	٢١,٩ %
٣	من ٦ إلى ١٠ حالات	١٠ %
٤	من ١١ إلى ٢٠ حالة	٣,٧ %
٥	من ٢١ إلى ٣٠ حالة	—
٦	أكثر من ٣٠ حالة	١,٩ %

ثانياً : جاء تقديرهم لعدد حالات التعاطي على النحو التالي :

- (أ) أشار ٢١,٩ % من العينة إلى أن عدد المتعاطين بالمدرسة لا يزيدون عن خمس حالات .
 (ب) ذهبت نسبة ١٠ % إلى أن عدد المتعاطين يتراوح بين ٦ ، ١٠ حالات .

(ج) تتضاءل نسبة أولئك الذين يرون أن عدد المتعاطين يتأرجح بين ١١ و ١٥ حالة لتصل الى ٣,٧٪ .

(د) تنعدم نسبة أولئك الذين يرون أن عدد المتعاطين يتراوح بين ١٦ ، ٢٠ حالة .

(هـ) ذهبت نسبة ١,٩٪ إلى أن عدد المتعاطين يتجاوز العشرين حالة .

وعندما أثر التساؤل المرتبط بكيفية التوصل إلى هذه التقديرات (جدول رقم ٢٦) نجد أن ٧٢ فردا يشكلون ٤٥٪ من رواد الأسر والفصول والاختصاصيين والاداريين . . كانت لهم استجاباتهم ، وينبغي أن ندرك أن أولئك الذين قدموا تقديراتهم لعدد المتعاطين يشكلون ٣٧,٥٪ ، وليس ثمة تفسير لذلك سوى أن الاستطراد في التساؤل جعل بعض المبحوثين يتناسون استجاباتهم السابقة من هنا جاء عدم الاتساق المنطقي في الاجابة على هذا التساؤل ، وأيا كان الأمر فإن استجاباتهم جاءت على النحو التالي :

(١) أفادت ٦١٪ من العينة أن تقديرها مرتبط بملاحظاتها الشخصية .

(٢) هناك فئة أخرى تشكل ٦,٩٪ بأن تقديرها مرده رؤيتهم الذاتية والمباشرة للمتعاطين .

(٣) ذهبت نسبة ١٢,٩٪ الى أن تقديرها يرجع الى المدمنين أنفسهم .

(٤) في حين ذهبت نسبة مماثلة ١٣,٩٪ الى أنها توصلت الى هذه التقديرات من خلال مناقشة مشكلات أخرى مع الطلاب .

وعلى الرغم من أن نسبة أولئك الذين قالوا بانتشار الظاهرة يشكلون ٤١,٢٪ (٦٦ حالة انظر جدول رقم ٢٤) نجد أن نحو ٥٤٪ (٨٧ حالة) يدفعون بأن الظاهرة غير منتشرة ويبررون ذلك بأن اعداد المتعاطين قليلة وهؤلاء يشكلون ٢٧,٦٪ من القائلين بعدم انتشار الظاهرة في حين يذهب نسبة ٣٩,١٪ الى أن انتشارها لم يرد في مناقشة مشاكل الطلاب ، بينما تذهب نسبة ٢٧,٦٪ الى عدم اكتشافها أثناء مناقشة موضوعات أخرى . . الخ .

مسئلتا : ملامح التعاطي الجسمية والنفسية والاجتماعية :

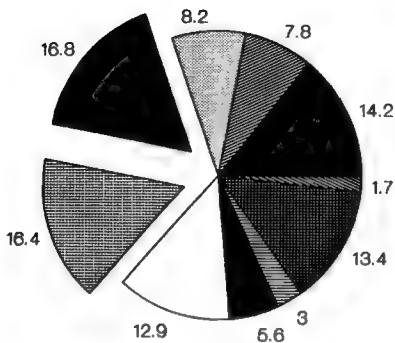
أما عن التساؤل المرتبط بملامح التعاطي الجسمية فقد ذهب ٣٨,٧٪ من العينة الى القول بوجود هذه الملامح في حين ذهب ٥٦,٩٪ الى القطع . بعدم وجود ملامح فيزيقية تميز المتعاطين ، وأغفلت نسبة ٤,٤٪ الاجابة . (انظر جدول رقم ٢٨) .

أما عن ماهية الخصائص أو الملامح الجسمية التي تميز التعاطي ، فقد ذهب ١٦,٨٪ من العينة المدركة لمثل هذه الملامح الى أن الضعف والحمول من أهم السمات التي تميزه يلي ذلك عدم

اللاتزان الحركي ١٦,٤٪ فاحتقان العينين ١٤,٢٪ ، في حين ذهب آخرون ١٣,٤٪ الى القول بأن للمدمن طريقة مميزة في المشي ، وبلغت نسبة القائلين بشحوب الوجه ١٢,٩٪ ، ارتعاش الأطراف وخاصة اليدين ٨,٢٪ ، في حين يرى ٧,٨٪ ان أهم ما يميز المتعاطين زيغ البصر ، أي أن أولئك الذين يرون أن شكل العين وحركتها (الاحتقان ، زيغ البصر) تعتبر من أهم السمات الفيزيائية التي تميز المتعاطي يشكلون ٢٢٪ ، وان ذهبت . نسبة ٥,٦٪ الى القول بالتحافة المفرطة في حين ذهبت نسبة ٣٪ الى القول بعصبية المتعاطي . (انظر جدول رقم ٢٩) .

جدول رقم (٢٩)
توزيع العينة وفق ماهية
الخصائص الجسمية التي تميز المتعاطي

م	الخصائص	التكرار	النسبة
١	احتقان العينين	٣٣	١٤,٢٪
٢	زيغ البصر	١٨	٧,٨٪
٣	إرتعاش الأطراف وبخاصة اليدين	١٩	٨,٢٪
٤	الضعف والخمول	٣٩	١٦,٨٪
٥	عدم الاتزان الحركي	٢٨	١٢,٤٪
٦	شحوب الوجه	٣٠	١٢,٩٪
٧	التحافة الشديدة	١٣	٥,٦٪
٨	العصبية	٧	٣٪
٩	طريقة المشي	٣١	١٣,٤٪
١٠	أخرى تذكر	٤	١,٧٪
		٢٣٢	١٠٠٪



توزيع الميزة وفق ماعية
الخصائص الجسمية التي تميز المتعاطي

١٤,٢٪	احتقان العينين	١
٧,٨٪	زيف البصر	٢
٨,٢٪	ارتعاش الأطراف و (بخاصة اليدين)	٣
١٦,٨٪	الضعف والخمول	٤
١٦,٤٪	عدم الاتزان الحركي	٥
١٢,٩٪	شحوب الوجه	٦
٥,٦٪	النحافة الشديدة	٧
٣٪	العصبية	٨
١٣,٤٪	طريقة المشي	٩
١,٧٪	أخرى تذكر	١٠

وإذا كانت هناك ٣٨,٧٪ من العينة تقطع بوجود خصائص جسمية تميز المتعاطين ، فإن هناك نسبة مماثلة تقريبا (٣٧,٥٪) ترى أن ثمة خصائص نفسية تميز المتعاطين أيضا في حين أنكر ٥٩,٤٪ وجود مثل هذه الخصائص التي تميز المتعاطين على الإطلاق . (انظر جدول رقم ٣٠) .

أما عن ماهية هذه الخصائص النفسية فقد جاءت على النحو التالي :

- (أ) اللامبالاة والسلبية وهؤلاء يشكلون ١٩,٥٪ .
- (ب) تقلب الأحوال المزاجية ويشكلون ١٢,٤٪ .
- (جـ) الانطواء والعزلة ١٠,٥٪ .
- (د) الاكتئاب ٩,٥٪ ، ونسبة أخرى مماثلة ذهبت الى أن ضعف الإرادة أو الهمة تمثل أهم الملامح النفسية للمتعاطي .
- (هـ) سرعة الاجهاد ٨,٦٪ .
- (و) العصبيّة ٨,١٪ .
- (ز) الخوف ٦,٢٪ .
- (جـ) الميل للتدمير ٣,٨٪ .
- (ط) هروسي ٣,٣٪ .
- (ك) التردد في السلوك ٢,٩٪ .
- (ل) التهور والاندفاع ٤,٣٪ .. (انظر الجدول رقم ٣١) .

جدول رقم (٣١)
توزيع العينة وفق ماهية
الخصائص النفسية للمتعاظمي

م	الخصائص النفسية	التكرار	النسبة
١	الانطواء والعزلة	٢٢	٪١٠,٥
٢	الاكتئاب	٢٠	٪ ٩,٥
٣	اللامبالاة والسلبية	٤١	٪١٩,٥
٤	تقلب المزاج	٢٦	٪١٢,٤
٥	التدمير	٨	٪ ٣,٨
٦	ضعف الادارة	٢٠	٪ ٩,٥
٧	سرعة الاجهاد الذهني	١٨	٪ ٨,٦
٨	الخوف	١٣	٪ ٦,٢
٩	هروبي	٧	٪ ٣,٣
١٠	عصبي	١٧	٪ ٨,١
١١	متردد	٦	٪ ٢,٩
١٢	متهور	٩	٪ ٤,٣
١٣	أخسرى	٣	٪ ١,٤
		٢١٠	٪١٠٠

أما عن التساؤل المرتبط بوجود خصائص اجتماعية تميز المتعاظمي فقد أفادت الملاحظة الاحصائية عن أن نسبة القائلين بوجود هذه الخصائص تشكل ١, ٣٣٪ في حين انكر ٦, ٦٥٪ وجود مثل هذه الخصائص ، (انظر جدول رقم ٣٢) ، أما عن ماهية هذه الخصائص الاجتماعية فقد أفادت الملة المعطاه عما يلي :

٢٤٪ يرون أن الخروج عن النظام المدرسي سمة تميز سلوك المتعاطين ، في حين تذهب ٨, ١٦٪ الى أن أهم ما يميزهم عدم مشاركتهم الأنشطة الطلابية بينما يذهب ٤, ١١٪ الى القول بأن العزلة والانطواء أو عدم الاندماج بصفة عامة ، وترى ٢, ١٠٪ بأن الكذب يمثل أهم الخصائص التي تميزهم بينما ذهب آخرون ٤, ٨٪ الى أن علاقاتهم بزملائهم ضعيفة الى حد بعيد ، وتذهب ٦, ٦٪ الى ضعف علاقاتهم مع المدرسين ، في حين ترى ٤, ٥٪ ان اهم ما يميزهم العدوان أو الاعتداء دوماً على الآخرين ، وتذهب ٦, ٣٪ من العينة الى أن السرقة تمثل أهم الخصائص التي تميز المتعاطين لتدبير نفقات المخدر . (انظر جدول رقم ٣٣) .

أما عن التساؤل المرتبط بوجود خصائص مميزة لطبيعة العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة فقد أفادت ٨, ٤٣٪ بوجود مثل هذه الخصائص (وهذه تشكل أعلى نسبة اذا ما قورنت بأولئك الذين أقرروا بوجود خصائص جسمية ٧, ٣٨٪ ، أو خصائص نفسية ٥, ٣٧٪ ، أو خصائص اجتماعية ١, ٣٣٪ تميز المتعاطين) في حين أنكروا ١, ٥٣٪ وجود مثل هذه الخصائص المميزة لطبيعة العلاقات الاجتماعية في الأسرة .

أما عن ماهية السلوكيات التي تتأثر بها طبيعة العلاقات الاجتماعية للمتعاظمي في الاسرة ، فقد كان ابرزها السهر خارج البيت ٤, ٣١٪ ثم اللامبالاة وعدم الاكثرت ٣, ١٩٪ ، في حين أشار آخرون الى الغياب المستمر خارج البيت ٧, ١٤٪ (أي أن هناك نسبة تصل الى ١, ٣٦٪ ترى أن السهر والغياب المستمر يعتبر من اهم سلوكيات المتعاطين) ، ثم يأتي التمرد على السلطة الوالدية وهؤلاء يشكلون ٢, ١٥٪ ثم العزلة والانطواء ٢, ٩٪ ثم العناد ٨, ٨٪ فالليل للعنف والتخريب ٣, ٦٪ (انظر جدول رقم ٣٥) .

وعلى الرغم من هذا التنوع في السمات السلوكية التي تميز طبيعة العلاقات الاجتماعية بين المدمن وذويه فإن ثمة ارتباطاً واضحاً إذ يترتب على السلوك الادمانى التغيب لفترات طويلة والسهر خارج البيت ، الأمر الذي يؤدي الى رحد فعل لدى الوالدين يتمثل في رفض هذا السلوك من جانبها ، وقد ينتهي الأمر بالتمرد على السلطة الوالدية والعناد والميل الى العنف والتخريب أو وجود نوع من اللامبالاة وعدم الاكثرت والميل للعزلة والانطواء .

أما عن مصدر معلومات المبحوثين عن تلك الخصائص الجسمية او السمات النفسية والاجتماعية التي تميز المتعاطين ، فقد أشارت ٤, ٢٥٪ من العينة الى أن المصدر الرئيسي يتمثل في وسائل الاعلام ، وإن ذهب نسبة مماثلة ٤, ٢٥٪ الى أن مصدر معلوماتهم مرده الى زملائهم من أعضاء هيئة التدريس ورواد الأسر والفصول ، في حين ذهب فئة ثالثة مماثلة تقريبا

٣, ٢٤٪ الى ان مصدر المعلومات مرده الى ملاحظاتهم الذاتية ، أما نسبة أولئك الذين ذهبوا الى أن مصدر معلوماتهم أسرة المدمن (أولياء الأمور) لا تتجاوز ٨, ٨٪* ، في حين ذهب آخرون الى القول بأن تجربتهم الذاتية مع الطلاب هي مصدر معلوماتهم تلك وهؤلاء لا يتجاوزون ٧, ٧٪ ، بيد أن هناك فئة أخرى تمثل ٤, ٤٪ من عينة الدراسة ترى أن مصدر معلوماتهم زملاء الطلبة الذين يتعاطون المخدرات . (انظر جدول رقم ٣٦) .

الملامح السلوكية للمتعاطين في المدرسة :

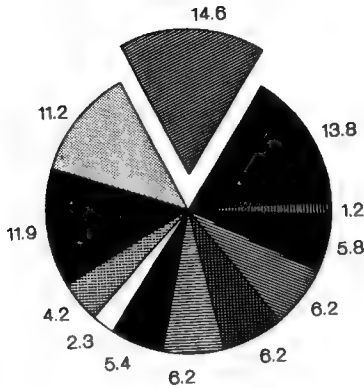
أفادت الملاحظة الاحصائية أن ٩, ٣٦٪ من العينة ترى وجود ملامح سلوكية تميز المتعاطين داخل المدرسة في حين أنكر ٢, ٦١٪ وجود مثل هذه الملامح السلوكية (جدول رقم ٣٧) ، أما عن ماهية هذه الملامح فقد جاء عدم الانتظام في حضور الحصص المدرسية ٦, ١٤٪ في مقدمة هذه الملامح السلوكية ، وزيادة معدلات الغياب ٨, ١٣٪ ثم الهروب أثناء الدوام المدرسي ٢, ١١٪ ، وفي الحقيقة ان هذه الملامح الثلاث والتي تشكل ٦, ٣٩٪ من عينة الدراسة ترى ان أهم ما يميز سلوك المتعاطين داخل المدرسة عزوفهم عن التعليم أو عدم حماسهم للتحصيل الدراسي والذي انعكس بدوره في هروبه أثناء الدوام أو تركه لبعض المقررات المدرسية أو غيابه بين الحين والآخر .

وذهبت نسبة ٩, ١١٪ الى أن أهم ما يميز المتعاطين تعدد مرات رسوبهم ، في حين ذهبت نسبة مماثلة تقريبا ٢, ١١٪ الى انخفاض معدلات تقديراتهم وطبيعي أن يكون الرسوب أو انخفاض معدلات التقدير نتيجة لعدم الاقبال على العملية التعليمية أو الهروب منها . في حين ذهبت نسبة أخرى تشكل ٢, ٦٪ الى أن أهم ما يميز هؤلاء المتعاطين عدم احترامهم لهيئة التدريس ، ونسبة مماثلة الى أن أهم سببهم الازمة في كل شيء ، ويرى آخرون ٢, ٦٪ أن السلبية المطلقة من اهم ملامح المتعاطين السلوكية ، وذهبت نسبة أخرى ٤, ٥٪ الى عدم اطاعتهم للسلطة المدرسية أيا كانت ، ثم يأتي بعد ذلك أولئك الذين يقولون بأن أهم ما يميز المتعاطين محاولتهم المتكررة للغش ٢, ٤٪ أو التزوير في درجات الشهادات ٣, ٢٪ (انظر جدول رقم ٣٨) .

* وهذا يؤكد مرة أخرى عمودية العلاقة بين الأسرة والمدرسة

جدول رقم (٣٨)
توزيع العينة وفق ماهية
الملامح السلوكية التي تميز المتعاطي في المدرسة

م	الملامح السلوكية المميزة	التكرار	النسبة
١	زيادة معدلات الغياب عن المدرسة	٣٦	٪١٣,٨
٢	عدم الانتظام في حضور الحصص الدراسية	٣٨	٪١٤,٦
٣	انخفاض معدل تقديرات المتعاطي	٢٩	٪١١,٢
٤	الهروب أثناء الدوام المدرسي	٢٩	٪١١,٢
٥	تعدد مرات الرسوب	٣١	٪١١,٩
٦	تكرار الغش	١١	٪ ٤,٢
٧	التزوير في درجات الشهادات	٦	٪ ٢,٣
٨	عدم اطاعة السلطة المدرسية	١٤	٪ ٥,٤
٩	عدم احترام هيئة التدريس	١٦	٪ ٦,٢
١٠	الاهمال في كل شيء	١٦	٪ ٦,٢
١١	السلبية المطلقة	١٦	٪ ٦,٢
١٢	لا يهمه الرسوب	١٥	٪ ٥,٨
١٣	أخرى	٣	٪ ١,٢
		٢٦٠	٪١٠٠



توزيع العينة وفق ماهية

الملاصع السلوكية التي تميز المتعاطي في المدرسة

١	زيادة معدلات الغياب في المدرسة .	٪١٣,٨
٢	عدم الانتظام في حضور الحصص الدراسية	٪١٤,٦
٣	انخفاض معدل تقديرات المتعاطي	٪١١,٢
٤	الهروب أثناء الدوام المدرسي	٪١١,٢
٥	تعدد مرات الرسوب	٪١١,٩
٦	تكسار الغش	٪ ٤,٢
٧	التزوير في درجات الشهادات	٪ ٢,٣
٨	عدم اطاعة السلطة المدرسية	٪ ٥,٤
٩	عدم احترام هيئة التدريس	٪ ٦,٢
١٠	الاممال في كل شيء	٪ ٦,٢
١١	السلبية المطلقة	٪ ٦,٢
١٢	لا يحه الرسوب	٪ ٥,٨
١٣	أخرى	٪ ١,٢

رابعاً : أسباب التعاطي : الدوافع العامة والتربوية والأسرية :

أفادت الملاحظة الاحصائية فيما يتعلق بالدوافع العامة للتعاطي أن ١٩,٧٪ من العينة ترى أن الصعوبة وراء تعاطي المخدرات ، في حين ذهبت نسبة أخرى تشكل ١٦,٩٪ الى أن الدافع للتعاطي يكمن في الرغبة في التجريب ، بينما يذهب فريق ثالث ١٤,٧٪ الى أن التعاطي مرده الى السفر الى بلاد تنتشر فيها المخدرات ، ويرى آخرون ١١,٦٪ أن السعة المادية من أهم أسباب التعاطي ، في حين تذهب نسبة متقاربة ١١,٣٪ الى أن سهولة الحصول على المخدر تعتبر من أهم الدوافع للتعاطي ، بينما يذهب فريق آخر الى أن وسائل الاعلام وبخاصة التلفزيون والفيديو وراء تعاطي المخدرات ١٠,٩٪ في حين تذهب فئة أخرى ٧,٢٪ الى أن ذلك مرده لتأثير الخدم الأجانب . أي أن ٣٢,٨٪ من العينة ترى أن هناك تأثيراً واضحاً للجماعات العرقية أو أن المخدرات جاءت نتيجة للفرو الثقافي . (انظر جدول رقم ٣٩) .

جدول رقم (٣٩)

توزيع العينة وفقاً للأسباب

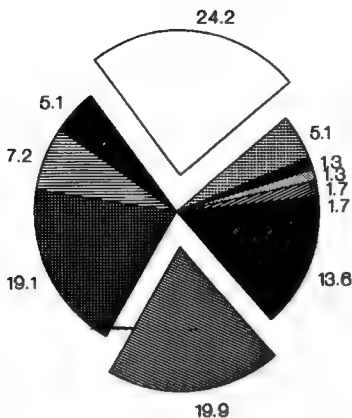
أو الدوافع العامة للتعاطي في الحالات التي تعرف عليها

م	الأسباب أو الدوافع	التكرار	النسبة
١	سهولة الحصول على المخدر	٣٦	١١,٣٪
٢	الرغبة في التجريب	٥٤	١٦,٩٪
٣	وسائل الاعلام : التلفزيون ،		
٤	والفيديو ، ...	٣٥	١٠,٩٪
٥	الصعوبة	٦٣	١٩,٧٪
٦	كثرة السفر الى بلاد تنتشر فيها المخدرات	٤٧	١٤,٧٪
٧	السعة المادية	٣٧	١١,٦٪
٨	تأثير الخدم الأجانب	٢٣	٧,٢٪
	أخرى	٢٥	٧,٨٪
		٣٢٠	١٠٠٪

أما عن الأسباب التربوية التي تكمن وراء التعاطي فقد أفادت ٢٤,٢٪ بأن ذلك مرده الى الاحباط المرتب على التأخر الدراسي ، في حين ذهب ١٩,٩٪ الى عدم اقتناع التلاميذ بجدوى العملية التعليمية ، و ١٩,١٪ الى أن ذلك مرده الى محاولة اثبات الذات ، وتفيد الملاحظة الاحصائية ان ثمة اتجاهها واضحاً يشير الى مبررات التعاطي في ارتباطه بتنظيم العملية التعليمية كتباين المستوى العمري بين تلاميذ الفصل الواحد وهؤلاء يشكلون ٧,٢٪ ، حيث يتجاوز التلاميذ في مقاعد الدراسة وقد تفاوتت أعمارهم الى حد ملحوظ ، اوتباين مستوى التحصيل الدراسي بين تلاميذ الفصل الدراسي (١,٥٪) مع مراعاة الأخذ بنظام الاثابة ومكافأة المتفوقين ، الأمر الذي يخلق نوعاً من الاحباط لغيرهم من كبار السن المتخلفين دراسياً ، وتذهب فئة أخرى (١,٧٪) من رواد الفصول والاختصاصيين الى القول بأن المناخ المدرسي بصفة عامة يلعب دوراً رئيسياً في الاحباط ثم تأتي فئة ماثلة (١,٧٪) لتوضح ان ذلك مرده لصعوبة المقررات الدراسية في حين تذهب فئة أخيرة ١,٣٪ الى القول بطول هذه المقررات . (انظر جدول رقم ٤٠) .

جدول رقم (٤٠)
توزيع العينة وفقاً للأسباب والدوافع التربوية للتعاطي

م	الأسباب أو الدوافع	التكرار	النسبة
١	سوء معاملة الأساتذة للتلاميذ	٤	% ١,٧
٢	صعوبة المقررات المدرسية	٤	% ١,٧
٣	طول المقررات الدراسية	٣	% ١,٣
٤	عدم ملائمة طرق التدريس	٣	% ١,٣
٥	المنهج المدرسي	١٢	% ٥,١
٦	الاحباط نتيجة التأخر الدراسي	٥٧	% ٢٤,٢
٧	تباين مستوى التحصيل الدراسي بين		
٨	تلاميذ الفصل الواحد	١٢	% ٥,١
	تباين المستوى العمري بين تلاميذ		
	الفصل الواحد	١٧	% ٧,٢
	محاولة اثبات الذات	٤٥	% ١٩,١
	عدم اقتناع التلاميذ بجدوى التعليم	٤٧	% ١٩,٩
	أخرى	٣٢	% ١٣,٦
		٢٣٦	% ١٠٠



توزيع العينة وفقاً للأسباب والدوافع التربوية للتماطي

١	مساءلة الأساتذة للتلاميذ	١,٧ %
٢	صعوبة المقررات المدرسية	١,٧ %
٣	طول المقررات الدراسية	١,٣ %
٤	عدم ملائمة طرق التدريس	١,٣ %
٥	المنهج المدرسي	٥,١ %
٦	الاحباط نتيجة التأخر الدراسي	٢٤,٢ %
٧	تباين مستوى التحصيل الدراسي بين تلاميذ الفصل الواحد	٥,١ %
٨	تباين المستوى العمري بين تلاميذ الفصل الواحد	٧,٢ %
٩	محاولة إثبات الذات	١٩,١ %
١٠	عدم اقتناع التلاميذ بجوهر التعليم	١٩,٩ %
١١	أخرى	١٣,٦ %

فإذا انتقلنا الى الأسباب أو الدوافع الأسرية للتعاطي ، أي الأسباب المرتبطة بالبناء الأسري وطبيعة العلاقات وأسلوب التنشئة لوجدنا أن الدافعية للتعاطي ترتبط الى حد بعيد بمشكلات بين الأب والأم ١, ١٢٪ ، ثم يأتي افتقاد السلطة الأبوية أو غياب الأب وانشغاله وهؤلاء يشكلون ٤, ١١٪ ، ثم التقليد (للأب أو للأخوة أو الأقارب) ٢, ١١٪ ، في حين تذهب فئة أخرى ١, ٨٪ الى القول بأن ذلك مرده الى الافتقار للوازع الديني في حين تذهب نسبة ٩, ٧٪ الى تبرير التعاطي بالتدليل المفرط من جانب الأم بصفة خاصة ، وارتباط ذلك بالسعة المادية ٩, ٦٪ ، ثم افتقاد القدوة أو المثال ٤, ٦٪ ، في حين يذهب البعض ٧, ٥٪ الى تبرير التعاطي بوفاة أحد الوالدين أو كلاهما .

وتذهب نسبة أخرى مقاربة ٥, ٥٪ الى أن أهم أسباب التعاطي يرجع الى تعدد الزوجات وارتباط ذلك بغياب الأب عن الأبناء وسوء العلاقات مع الأم وانحيازه الى الأخوة غير الأشقاء ، وإن كانت هناك نسبة أخرى ٥٪ ترى أن التعاطي يرتبط الى حد بعيد بالاقامة مع زوجة الأب والاحساس بالمعاناة ، بينما تذهب فئة أخرى ٣, ٤٪ الى رد التعاطي لوجود الخدم الأجانب في البيت القطري ، وإذا كنا قد أشرنا الى أن التدليل المفرط وخاصة من جانب الأم يشكل ٩, ٧٪ فإن هناك فئة من المبحوثين تمثل ٦, ٣٪ ترى أن القسوة الشديدة قد تكون دافعا للتعاطي . (انظر جدول رقم ٤١) .

جدول رقم (٤١)
توزيع العينة وفقاً للأسباب
أو الدوافع الأسرية التي كانت وراء التعاطي

م	الأسباب أو الدوافع الأسرية	التكرار	النسبة
١	مشكلات بين الأب والأم	٥١	٪١٢,١
٢	مشكلات بين الأخوة	١٠	٪ ٢,٤
٣	التدليل المفرط (من جانب الأم)	٣٣	٪ ٧,٩
٤	وفاة أحد الوالدين أو كلاهما	٢٤	٪ ٥,٧
٥	انشغال الأب بعمله	٤٨	٪١١,٤
٦	الابن الذكر الوحيد	٧	٪ ١,٧
٧	القسوة الشديدة	١٥	٪ ٣,٦
٨	الفقر (المغامرة للحصول على المال)	١٠	٪ ٢,٤
٩	الغنى	٢٩	٪ ٦,٩
١٠	افتقاده القدوة	٢٧	٪ ٦,٤
١١	التقليد (الأصدقاء)	٤٧	٪١١,٢
١٢	تعدد الزوجات	٢٣	٪ ٥,٥
١٣	الاقامة مع زوجة الأب أو زوج الأم	٢١	٪٥
١٤	وجود الخدم الأجانب في البيت القطري	١٨	٪ ٤,٣
١٥	الافتقار الى الوازع الديني	٣٤	٪ ٨,١
١٦	أخرى	٢٣	٪ ٥,٥
		٤٢٠	٪١٠٠

خامسا : المشكلات المترتبة على التعاطي :

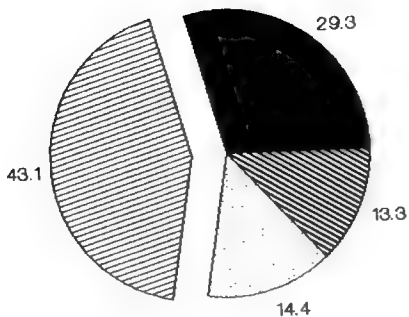
(١) المشكلات التربوية :

أفادت ١, ٤٣٪ من المدرسين ورواد الأسر والفصول والأخصائيين أن التأخر الدراسي يعتبر النتيجة الأولى المترتبة على الادمان ، في حين ذهب ٣, ٢٩٪ الى أن الانقطاع عن الدراسة يعتبر بمثابة المشكلة الرئيسية المترتبة على التعاطي . وذهبت نسبة ٤, ١٤٪ الى أن التعاطي قد يؤدي الى فقدان الفرصة التعليمية (انظر جدول رقم ٤٢) .

جدول رقم (٤٢)

توزيع العينة وفق المشكلات التربوية الناتجة عن التعاطي

م	المشكلات التربوية	التكرار	النسبة
١	الانقطاع عن الدراسة	٥٥	٣, ٢٩٪
٢	التأخر الدراسي	٨١	١, ٤٣٪
٣	فقدان الفرصة التعليمية	٢٧	٤, ١٤٪
٤	أخرى	٢٥	٣, ١٣٪
		١٨٨	١٠٠٪



توزيع العينة وفق
المشكلات التربوية الناتجة عن التعاطي

٢٩,٣٪	الانقطاع عن الدراسة	١
٤٣,١٪	التأخر الدراسي	٢
١٤,٤٪	فقدان الفرصة التعليمية	٣
١٣,٣٪	أخرى	٤

(٢) المشكلات الأسرية :

جاء في مقدمة المشكلات الأسرية المترتبة على التعاطي « انفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي » الأمر الذي يضطرهم لاستنزاف موارد الأسرة وهؤلاء يشكلون ١٤,٦٪ في حين ذهب آخرون ١٣,٧٪ الى أن المدمن يصبح بمثابة القلوة السيئة لاختوته أو أقاربه ، وإن كانت هناك نسبة مماثلة تقريبا ١٣,١٪ ترى أن هذا مدعاة لتقليد الأخوة (أي أن ٢٦,٨٪ من العينة ترى أن التعاطي قد يصبح قلوة سيئة يقتدي بها الآخرون داخل الأسرة) بينما ذهب فريق آخر ١٢,١٪ الى أن التعاطي قد يؤدي الى ارتكاب الجرائم (السرقة ، الزنا . . .) ، وترى ١١,٨٪ من العينة أن التعاطي مدعاة لاثارة الخلافات والمشاجرات بين افراد الأسرة الواحدة ، بينما أكدت ١٠,٩٪ أن التعاطي يؤدي الى فقدان السمعة العائلية ، في حين ذهب ٩,٣٪ الى أنه قد يؤدي الى « التصرف في الممتلكات الشخصية أو الأسرية لتمويل التعاطي » ، وترى ٦,٢٪ الى أنه قد يترتب عليه الضبط والتوقيف في جريمة . (جدول رقم ٤٣) .

سادسا : التدخلات من قبل المدرسين والاختصاصيين ورواد الأسر والفصول للحد من تفاقم مشكلة التعاطي :

أفادت الملاحظة الاحصائية أو التحليل الاحصائي أن ٣٦,٩٪ من العينة يلجأ إليها الطلاب لحل مشاكلهم أيا كانت في حين ينهب ٥٦,٣٪ الى أن ذلك لم يحدث وإن دورهم لم يتجاوز العملية التعليمية أو الأدوار المنوطة بهم . (جدول رقم ٤٤) ، وكان طبعيا أن يثار التساؤل التالي والمربط بمحاولتهم التدخل للحد من انتشار التعاطي بين الطلاب ، وتفيد المادة المعطاه أن ٣٠,٦٪ من المدرسين والاختصاصيين والرواد كانت لهم محاولاتهم الذاتية للتدخل للحد من انتشار التعاطي بين الطلاب في حين نفت الغالبية (٦٢,٥٪) هذا الدور وقد بررت تلك الفته الأخيرة انعدام فاعليتها في التعامل مع المشكلة بعدم جدوى المحاولة وهؤلاء يشكلون ٢٥,٣٪ ، ويرى ٦,٥٪ من هؤلاء أن التدخل ليس من صلاحياته ، في حين ذهبت فته مماثلة (٦,٥٪) الى أن مثل هؤلاء الطلاب يتقطعون في العادة عن المدرسة ومن ثم انعدام جدوى المحاولة ، بينما ذهب آخرون ٥,٢٪ الى القول بعدم استجابة المتعاطين ، وفته أخرى مماثلة ٥,٢٪ الى الزعم بعدم وجود تيسيرات كافية لعقد الندوات للتوعية والارشاد ، بينما ذهب آخرون ٤,٥٪ الى أن أولياء الأمور طلبوا منهم صراحة عدم التدخل في مثل هذه

الموضوعات ، وذهبت نسبة دون ذلك تشكل ٦, ٣٪ الى عدم استجابة أولياء الأمور ومن ثم باءت محاولتهم بالفشل ، وتذهب ٣, ١٪ من العينة الى القول بسلبية الادارة وعدم فاعليتها في معالجة مثل هذه الموضوعات . (انظر الجدول رقم ٤٥) .

وتفيد المادة المعطاة بالنسبة لأولئك الذين تدخلوا للحد من انتشار التعاطي في الأوساط الطلابية ان اجراءاتهم التي اتخذوها للحد من انتشار الظاهرة كانت على النحو التالي :

١, ٣٩٪ من العينة اقتصرت جهودهم على النصح والارشاد ، أضف الى ذلك نسبة أخرى ٨, ١٨٪ جهودهم اقتصرت على شرح الأضرار الناتجة عن الادمان وذهبت فئة ثالثة في هذا الاتجاه تمثل ٨, ٧٪ تمثلت في محاولة عقد ندوات للتوعية ، أي أن هناك نحو ٧, ٦٥٪ منهم توقفت اجراءاتها عند مجرد النصح والتوجيه والتوعية ، في حين ذهبت نسبة ٨, ٧٪ الى ان دورها توقف عند مجرد اخطار ادارة المدرسة ، وفئة مماثلة تقريبا ٦, ٨٪ اقتصر دورها على الاتصال بولي الأمر ، في حين ذهبت نسبة ١, ٣٪ الى تحويل المتعاطي الى وحدة رعاية البالغين ، بينما ذهبت نسبة ٦, ١٪ الى ان محاولتهم اقتصرت على مجرد عقابهم .

واذا كانت هناك نسبة ٦, ٣٠٪ من اعضاء هيئة التدريس والرواد والاختصاصيين كانت لهم محاولاتهم الذاتية للحيلولة دون انتشار التعاطي بين الطلاب (النصح والارشاد ، التوعية ، الاتصال بادارة المدرسة ، أو ولي الأمر ، التحويل الى وحدة رعاية البالغين . . .) فإن هذه النسبة قد انخفضت الى ٥, ١٢٪ بالنسبة لأولئك الذين حاولوا متابعة بعض حالات التعاطي التي اكتشفوها (جدول رقم ٤٧) . وكانت نتيجة متابعتهم على النحو التالي :

١, ٣٤٪ لا يعرفون ماذا حدث بالنسبة لهؤلاء المدمنين ، في حين ذهبت نسبة ٢٢٪ من العينة الى ان نتيجة تدخلهم تمثلت في الاقلال من التعاطي ، بينما ذهبت ٨, ٩٪ الى ان نتيجة تدخلهم تمثلت في الكف عن التعاطي ، بينما ذهبت نسبة مماثلة ٨, ٩٪ الى ان هذه الحالات انتظمت في العلاج ، بينما ذكرت ٥, ١٢٪ ان ليس هناك تقدم يذكر بالنسبة لهذه الحالات . (جدول رقم ٤٨) .

أما بالنسبة لأولئك الذين لم يحاولوا متابعة حالات التعاطي فقد جاءت استجاباتهم على النحو التالي :

٣, ٢٥٪ ذهبوا الى القطع بعدم جدوى المحاولة ، في حين نسبة أخرى ٩, ٤٠٪ الى ان تأثير الشلة أو الصدمة أقوى ، وفئة أخرى ثالثة تمثل ٥, ٦٪ ترى انقطاع الطالب عن المدرسة ،

وفئة اخرى مماثلة ترى أن ذلك ليس من صلاحيتها ، بينما ذهبت ٢, ٥٪ الى عدم استجابة الطالب للعلاج ، في حين ذهبت فئة مماثلة ٢, ٥٪ الى عدم وجود تيسيرات كافية لعقد الندوات للتوعية ، وأوضحت ٥, ٤٪ من العينة أن ولي الأمر طلب عدم التدخل في مثل هذه الموضوعات (في حين أوضحت ٦, ٢٪ الى عدم استجابة ولي الأمر) ، وذهبت ٣, ١٪ من العينة الى عدم استجابة ادارة المدرسة . (جدول رقم ٤٩) .

المستوى الثاني

العلاقات التبادلية بين نتائج الدراسة : قضايا أساسية :

أتاحت لنا النتائج السابقة المنبثقة عن تطبيق الاستبيانات الثلاثة على أطراف الظاهرة : الطلاب ، وأولياء الأمور ، والاختصاصيين الاجتماعيين ورواد الفصول والأسر الوقوف على مؤشرات تعكس اتجاهات كل فئة نحو الظاهرة محل الدراسة .

غير أن ذلك - رغم أهميته - لا يعدو أن يكون خطوة أولى وأساسية في مجال التحليل ويتطلب استكمالَه وفق رؤية أكثر شمولية وعمقا في ذات الوقت . فهذه « الأطراف الثلاثة » ، يجمعها موضوع واحد وتدور جميعا حول قضايا مشتركة نستهدف منها في النهاية دراسة اتجاهاتها نحو مشكلة تعاطي المخدرات بالمدارس في قطر .

ومن ثم فإن الأمر يتطلب التفكير في بعض « القضايا الأساسية » التي تكون بمثابة « الأرضية المشتركة » التي تجمع بين هذه الأطراف وتمنحنا الفرصة - في ذات الوقت - لتصور العلاقات التبادلية بين نتائج الدراسة فيما يتعلق بتطبيق الأدوات على عينات مختلفة ممن يتعاملون مع المشكلة .

أما هذه القضايا فيمكن أن نذكرها على النحو التالي :

- ١ (الإدراك العام والخاص لوجود المشكلة .
- ٢ (المواد المخدرة .
- ٣ (تداخل الملامح الجسمية ، والنفسية ، والاجتماعية والسلوكية المميزة للمتعاطي ، ودلالاته .
- ٤ (تضافر الأسباب المؤدية للتعاطي .
- ٥ (أساليب التنشئة الاجتماعية بالأسرة القطرية ومسئوليتها عن التعاطي .

- ٦ (الصعوبات المدرسية ودورها في تقادم - وليس خلق - ظاهرة التعاطي .
 ٧ (تعدد المشكلات المترتبة على التعاطي وتفسير بعضها ببعض الآخر .
 ٨ (دور المدرسة في التصدي لمشكلة التعاطي ، الاختصاصي الاجتماعي : محيوية الدور وانعدام الفاعلية .

ولتفصيل القول فيما يلي بالنسبة لكل قضية على حده :

أولا : الادراك العام والخاص لوجود المشكلة :

يشكل « ادراك الظاهرة » والوعي بوجودها الركن الأساسي للتعامل معها ففكر أو سلوكا ومن ثم كان من الواجب أن نبدأ بتحليل هذه القضية في ضوء معطيات الدراسة الميدانية بأطرافها الثلاثة كما سبق ، ذلك انه على قدر هذا الادراك سواء كان عاما (يتصل بوجود المشكلة عموما في قطر) أو خاصا (يرتبط ببروزها في قطاع الشباب وبين طلاب المدارس الاعدادية والثانوية) سوف يمكننا من تفسير كافة الجوانب المتصلة بالظاهرة .

لقد وافقت نتائج الدراسة بأن النسبة الغالبة من عينة أولياء الأمور (٨٠٪) قد أكدت بأنها تدرك وجود هذه المشكلة بين الشباب في قطر عموما بينما لم تزد نسبة من قال بذلك في عينة الطلاب عن (٦٨٪) . أما المدرسون والاختصاصيون قد أثرت نسبة (حوالي ٤٩٪) أن تمتنع عن الاجابة عن السؤال الذي يستفسر عن وجود طلاب بالمدرسة يتعاطون المخدرات من عدمه وتلك نسبة بالغة الارتفاع (نصف أفراد العينة تقريبا) ولا يفسرها سوى الخوف أو التحفظ أو الشك والريبة وبخاصة أن حوالي ٧٢٪ من هؤلاء الاختصاصيين ورواد الفصول والأسر قد مضى على وجودهم بالمدرسة عام دراسي كامل على الأقل الأمر الذي يتيح لهم - كحد أدنى - فرصة السماع عن وجود طلاب متعاطين بالمدرسة .

ولم يكن من المتوقع بحال من الأحوال أن تتماثل ، أو حتى تقترب ، النسب الخاصة بادراك الظاهرة - فيما يتعلق بأطراف الظاهرة ، ذلك أن ادراك الفرد ووعيه بتشكل طبقا لموقعه من الظاهرة وموقفه منها ، ورؤيته وتقييمه لها ، فضلا عن الخبرات الشخصية أو الظروف المجتمعية التي تجعله يتخذ موقفا ما من الظاهرة .

فلا شك أن أولياء الأمور - وهم ملاحظين للظاهرة من الخارج - ترتفع نسبة ادراكهم بالمشكلة عن الطلاب انفسهم الذين يرتبطون بالظاهرة مباشرة . ومواقف هؤلاء جميعا لا بد ان تختلف عن تقدير المدرسين ورواد الفصول والأسر والاختصاصيين (على اختلاف جنسياتهم

وتفاوت اعمارهم وتباين فترة اقامتهم ورغبتهم أو عدم رغبتهم في الاستمرار في العمل ، خوфهم او عدم اكترائهم من أن يؤثر ما يدلون من معلومات في بقائهم او عدم استمراريتهم .. الخ) ، من هنا جاءت سليتهم الواضحة .

وقد كانت « أحاديث الناس في المجالس » بمثابة القناة الرئيسية التي عن طريقها تعرف الآباء وأدركوا وجود المشكلة بين طلاب المدارس في قطر فلذا أضيفت نسبة هؤلاء الى نسبة الذين تعرفوا عليها عن « طريق أولياء أمور آخرين » فإن النسبة ترتفع لتصل الى حوالي ٧٨٪ . ويقارنة ذلك بالقنوات الأخرى الرسمية التي كان ينبغي أن تعتمد عليها المدرسة في اثارة وعي أولياء الأمور بهذه المشكلة مثل « مجالس الآباء » نلاحظ ان نسبة من ذهبوا الى التأكيد على هذا المتغير الأخير لم تتجاوز (١١٪) من جملة أفراد العينة الأمر الذي يكشف بجلاء عن ضعف دور المدرسة في هذا الصدد (وهو ما ستحدث عنه تفصيلا في قضية تالية) .

وفيا يتصل بإدراك الطلاب للظاهرة كان لا بد أن نتعرف منهم على التوقيت الذي أدركوا فيه هذه المشكلة . وكانت نسبة ٦٢,٥٪ تقريبا لافتة للنظر حيث كانت ممثلة للذين لم يغييوا على السؤال الخاص بتوقيت معرفتهم هل كان قبل الالتحاق بالمدرسة * أو بعده مباشرة أو بعده بمدة طويلة . وفي حدود الذين أجابوا على السؤال أصلا ٣٧,٥٪ توزعت الاستجابات وكانت أكبرها ١٨٪ ذاهبة الى القول بأنهم أدركوا ذلك بعد الالتحاق بمدة طويلة .

اما المدرسون والأخصائيون فقد امتنع منهم أصلا حوالي ٤٤٪ عن ابداء رأيهم فيما اذا كانت الظاهرة منتشرة بالمدرسة أم لا . وزادت سليتهم وضوحا عندما وجه اليهم سؤال عن تقديرهم التقريبي لحالات التعاطي بمدرستهم حيث امتنع أيضا حوالي ٦٢,٥٪ عن الاجابة عن السؤال ، ويرجع ذلك بطبيعة الحال اما الى عدم مقدرة البعض منهم على تقدير عدد حالات التعاطي أو الى الخوف من الخوض في هذه الموضوعات . غير ان موقفهم السلبي هذا قد تناقص مع استجابتهم لسؤال آخر يتصل بكيفية التوصل الى تقديراتهم لعدد المتعاطين (٢٢٪) ادعوا بأنها لا تزيد عن خمس حالات وكلما زاد تقديرهم لعدد الحالات انخفضت نسبة الاستجابات الى أن بلغت حوالي ٢٪ ادعوا بأنها تتجاوز العشرين حالة بالمدرسة) ذلك انه ورغم أن نسبة الذين قدموا تقديراتهم لا تزيد عن ٣٧,٥٪ الا انها ارتفعت لتبلغ حوالي ٤٥٪

• المقصود التحاق الطلاب (من شملتهم العينة) بآخر مدرسة اعدادية او ثانوية .

شارحين الكيفية التي توصلوا بها الى هذه التقديرات ، وليس هناك تفسير لذلك الموقف المتناقض سوى أن الاستطراد في التساؤل قد جعل بعض الباحثين ينسون اجاباتهم السابقة التي كانت يغلفها في الغالب محاولة التهرب من الاجابة الحقيقية .

ثانيا : المواد المخدرة :

ليس المقصود بتحليل هذه القضية الوقوف على نوعية المواد المخدرة وتباين استجابات افراد العينة بصدها فهذا ماسبق توضيحه بنتائج الدراسة . وانما نستهدف من ذلك مناقشة هذه المسألة في ضوء المتغيرات المحيطة بأفراد العينة التي استجابت بشأنها وهم الطلاب . وقد كان من الطبيعي ان نسأل هذه المجموعة دون غيرها - أولياء الأمور أو المدرسين والاختصاصيين - لأننا كنا نسعى الى التعرف على مدى خبرتهم بهذا الموضوع ومصدر سماعهم عن هذه المواد وارتباط ذلك بخصائصهم العامة كأفراد ممثلين في عينة واحدة .

وقد عرض على الطلاب في استشارة الاستبيان « قائمة » بأحدى عشرة مادة وكانت الفروق الاحصائية بين استجاباتهم على هذه المواد ضئيلة ومتدرجة بانتظام ابتداء بالحشيش (١٤٪) ومرورا بالأفيون (١٢٪) ، والكوكايين والمهيرون (١١٪) والبرترول والصمغ والغراء (١٠٪) وانتهاء بمركبات الأفيون (٨,٥٪) ، والمنومات (٦,٥٪) . ويعني ذلك أن المعرفة بهذه المواد جميعا تكاد تتقارب غير ان الأكثرها شيوعا في ادراكهم هي المخدرات التقليدية (الحشيش والأفيون والمهيرون .. الخ) .

واذا كانت الاستجابة بشأن هذه القائمة من الأهمية بمكان ، فإن الأكثر منها أهمية وحيوية هي تلك القائمة الأخرى التي قاموا هم بأنفسهم باعدادها وذلك في نطاق البند الذي ترك في نهاية احتمالات الاجابة على ذات السؤال مفتوحا وطلب منهم ذكر اي مواد أخرى يرون - من وجهة نظرهم - انها مواد مخدرة .

ورغم ضالة نسبة من أجابوا (٤,٥٪) الا أن جملة استجاباتهم قد بلغت (٢٩٢) استجابة فكل فرد من افراد هذه النسبة قد استجاب بعدة مواد ، وقد امكن تجميعها في اثنتين وأربعين

مادة مخدرة* (وردت بالجداول الملحقة ، وأعطي عنها بعض الأمثلة في مستوى التحليل السابق) التي لا يمتنا ذكرها في هذا الموضوع قدر ما نستهدف تحديد دلالاتها . ان معظم هذه المواد مواد « تخليقية » تمت صياغتها من العناصر الطبيعية أو الاصطناعية بالبيئة المحيطة وخضعت كل هذه المواد ولاشك للتجربة والخطأ حتى ثبت -من وجهة نظر أفراد العينة- ان لها تأثيرا مخدرا ومن ثم شاع استخدامها .

غير أننا ننبهنا الى ضرورة التعامل مع هذه المواد- التي اضافها افراد العينة- بحذر بالغ اذ انه لم يتبين حتى الآن وعلى وجه اليقين درجة مفعولها التخديري ** ولم يتأكد بعد ايضا ما اذا كانت هذه المواد وليدة البيئة المحلية أو ان معرفتها قد تم عن طريق « النقل الثقافي » من مجتمعات أخرى وبخاصة نتيجة للاحتكاك المباشر واليومي مع الجماعات الوافدة وبخاصة الهنود والباكستانيين .

ويمكننا في هذا الجانب ان نربط بين السماع عن المواد المخدرة وسفر الطلاب للخارج في العطلات الصيفية . . فقد نوقشت عناصر احتمالية السفر ، وعددمراته ، ومدته ، وأولوياته (تفضيلاته) ولا يمتنا في هذه النقطة سوى ذلك التصنيف الذي أجرى للبلدان التي يسافر اليها الطلاب وكانت الدول الآسيوية (غير العربية) تمثل واحدة من مجموعات هذا التصنيف . . وبرزت الهند كتفضيل أول للسفر ضمن بلدان هذه المجموعة بنسبة بلغت حوالي ٤٥٪ ثم تلتها البلدان الأخرى بفوارق نسبية كبيرة .

ورغم انه ليس هناك سؤال مباشر عن اسباب السفر الى كل بلد (فقد كان سؤال تفضيل السفر للبلدان المختلفة مفتوحا) ألا أن العلاقة بين تفضيل السفر للهند بهذه النسبة اللافتة

● لعل أهمها : غل أسود+ سجاثر ، سفن أب+ ييف باف ، دواء البروتوفيل للكحة ، كريم نيفيا بالخير ، ماكس فورث ، اضافة الالابان على الليسي كولا وأخذ الاستيم والتطعيم به ، خبز في ماسورة العادم للسيارة يترك لفترة من الوقت أثناء عمل المحرك ، بيض مدفون ومخلوط بمياه مالحة ، العرقي ، برادة المونوم ، ثوم + هيل + قشور الحمضيات ، للكس (خليط من الميرون + الكوكاكين) ، (حرق الحمايه والشم) ، حرق اطارات السيارات (الشم) ، كبسولات فاليريم المخدرة . . الخ .

●● فقد يكون لها تأثير متفاوت سواء بالنسبة للقدرات العقلية للفرد أو بالنسبة لحيوته ونشاطه ، وقد تؤدي الى اصابته بالوهن والضعف او الحمول . . الخ وهل هي منبهات او مثبطات وما تأثيرها على الجهاز العصبي ، وينبغي ان نذكر ان المتعاطي قد يستخدم اكثر من مخدر في وقت واحد ، الأمر الذي يؤدي الى اختلاط الاعراض بعضها ببعض الآخر .

ضمن الاستجابات والظاهرة محل الدراسة - على الأقل في جانب السماع عن المواد المخدرة - يظل أمراً قابلاً للنقاش ، وبخاصة انه كما هو معلوم تمثل الهند « سوقاً » لبيع المخدرات بكافة انواعها وبأسعار أقل كثيراً من وجودها بأي مكان آخر فضلاً عن الدور الذي تلعبه الجالية الهندية في تشجيع سفر المواطنين الى الهند .

وفى يتصل بمصدر السماع عن هذه المواد المخدرة لوحظ ان وسائل الاعلام (وبخاصة التلفزيون والفيديو) تمثل المصدر رقم واحد في ذلك .

ثالثاً : تداخل الملامح الجسمية والنفسية والاجتماعية والسلوكية المميزة للمتعاظمي ، ودلالاته :

لم يكن كافياً ان يدرك الباحث وجود المشكلة ، وأن يعدد صنوف المواد المخدرة وانما كان من المهم ايضاً ان تعرف على تصوراتها فيما اذا كان يدرك وجود ملامح خاصة تميز المتعاظمي من غيره .

وقد كان من الطبيعي في تصميم أدوات البحث (الاستبيانات) أن تصنف هذه الملامح بحيث نطلب من الباحث تحديد مدى ادراكه لهذه الملامح او السمات ، إلا أن نتائج الاستبيانات جميعاً قد اظهرت خلطاً واضحاً في استجابات الباحثين تجاه هذه الملامح ، فقد تداخلت الملامح الجسمية مع النفسية واختلطت مع الاجتماعية والسلوكية . ولم نستقرأ من هذا التداخل وجود خطأ في تصميم الأداة او الخلط في فهم الباحثين ؛ وانما تبين لنا ان ملامح التعاطي ينبغي أن تتناول جملة واحدة اذ انه من الصعب الفصل بينها وأن ذلك ان كان جائزاً منهجياً فإنه غير وارد فيما يتعلق بعملية التفسير . فما من شك ان الملامح الجسمية للمتعاظمي تنعكس بشكل مباشر على ملامحه النفسية وتؤثر بالتالي في سماته السلوكية الامر الذي يكون له ردود فعل واضحة في تعامله أو اتصاله بالآخرين * .

• وإذا كانت الملامح الجسمية أكثر وضوحاً أو يمكن ادراكها للملاحظ الخارجي بسهولة كضعف والحمول ، طريقة المشي ، احتقان العينين وزيف البصر ، اضطرابات الحس . . . فان هذا قد يؤدي في نفس الوقت الى انخفاض الكفاءة العقلية او القدرة على التفكير ، وقد يرتبط بذلك (وفقاً لنوع المادة المخدرة) الميل للعزلة او الاختلاط او عدم الاكتراث او اللامبالاة ، أو الميل للمدوان ، من هنا تأتي النظرة الشمولية لمجموعة الملامح الجسمية والنفسية والاجتماعية للظاهرة التي نحن بصددتها .

ففيما يتعلق بعينة الطلاب كانت هذه المسألة شديدة الوضوح وان تفاوتت استجاباتهم بشأن كل مجموعة من الملامح . ففي حدود اثنين وعشرين احتمالا (أحد عشر منها ورد بالاستبيان والاحدى عشرة الأخرى ذكرها المبحوثين ضمن « أخرى تذكر ») برزت الملامح الجسمية أشد وضوحا (مثل : الضعف والخمول وشحوب الوجه ، واحتقان العينين وزيف البصر ، وسرعة التعب بعد أقل مجهود) من الأخرى النفسية أو الاجتماعية (مثل : العدوان والتدمير ، والانطواء ، والعزلة ، كثرة التغيب عن المنزل . . الخ) ، ويرجع ذلك ببساطة الى أن ملاحظة الملامح الجسمية أسهل بطبيعته من ملاحظة ملامح نفسية او اجتماعية قد تستوجب المعرفة العميقة بالمتعاطي ، وهو امر قد لا يتأتى لكل مبحوث فضلا عن ان الملامح الجسمية تظهر بالفعل بشكل أسرع وأكثر من الملامح الأخرى التي قد تتطلب مزيدا من الوقت ودقة في الملاحظة . أما الملامح السلوكية - من وجهة نظر أفراد هذه المجموعة - فقد فهمت (ولهم العذر في ذلك) على أنها ملامح تتصل بتصرفات الطالب المتعاطي في الفصل وذلك فهم محدود للملامح السلوكية إلا انه كان متسقا مع طبيعة العينة ونوعية العلاقات بين افرادها فكان كثرة الغياب مثلا هو الملامح الأول الذي استجاب بشأنه حوالي ٢٤٪ من العينة .

وفيما يتصل بعينة أولياء الأمور يمكن القول بأن غالبية أفرادها (٧٠٪) قد اكدت مبدئيا بأنه في امكانهم تحديد ملامح للمتعاطي (مقابل ٧٢٪ في عينة الطلاب) غير أنهم قد تفاوتوا في استجاباتهم بشأن تحديد هذه الملامح وركزوا أيضا (مثلا فعل الطلاب) على الملامح الجسمية في البداية وتلتها النفسية والاجتماعية .

غير أن تقييم أفراد هذه العينة للتصرفات (السلوكيات) التي تميز المتعاطي كان جد مختلف عن عينة الطلاب انفسهم والذين أدركوها (السلوكيات) من خلال تفاعل المتعاطي بالمدرسة والصف ، في حين ذهب أولياء الأمور الى ان هذه السلوكيات ذات طبيعة اجتماعية بحتة وليس أدل على ذلك من ان الاستجابة التي احتلت المرتبة الأولى في هذا الشأن كانت متصلة « بالسهرة خارج المنزل » (٢١٪) وتلاها « اللامبالاة وعدم الاهتمام » (١٨٪) ثم « سوء العلاقات مع الوالدين والأخوة » (١٦٪) ، « فالتنمر على الوالدين » (١٣٪) . وتكشف هذه الملامح ان الوسط المحيط (مدرسة كانت أو منزلا) هو الذي يوحى للمبحوث بنوعية الملامح وبخاصة اذا كانت صيغاتها بها قدر من العموم كاللامح السلوكية .

أما عينة المدرسين ورواد الأسر والفصول والاختصاصيين فقد بدأت استجاباتها بأن نفى حوالي ٥٧٪ من افراد العينة اصلا وجود ملامح فيزيقية (جسمية) تميز المتعاطي . وهذا مؤشر

بالغ الأهمية اذ كيف يتأتى للطلاب انفسهم ان يلحظوا ملامح هذه الظاهرة بنسبة عالية (٧٢٪) وأولياء الأمور كذلك (٧٠٪) بينما تتدنى النسبة بين الرواد والمدرسين والاختصاصيين لتصل الى حوالي ٣٩٪. رغم أن ملاحظتهم لمثل هذه الظواهر امر ميسور ومتاح الى حد بعيد ، بل هم من حيث خبراتهم وقدراتهم أقدر على ملاحظة مثل هذه السمات ، وليس هناك تبرير عقلائي لذلك سوى ما سبق الإشارة اليه في معرض معالجتنا لاستبيان المدرسين والرواد والاختصاصيين ان الخوف والتحفظ فيما يتعلق بالظاهرة التي نحن بصدها يظل التفسير الواقعي لهذا الموقف السليم ، وسوف نتعرف لهذه الحقيقة تفصيلا فيما بعد .

رابعا : تضافر الأسباب المؤدية للتعاطي :

مثما تداخلت ملامح التعاطي وتفاعلت فإن هناك تضافرا أيضا وتكاملا بين الأسباب المؤدية الى بروز ظاهرة التعاطي . فالأسباب العامة ، والاجتماعية والاقتصادية فضلا عن الصعوبات المدرسية كلها تتفاعل معا وتشكل فيما بينها « اطارا مهيئا » لنشوء ظاهرة تعاطي المخدرات وكلما زادت هذه الأسباب حدة وتأثيرا اتسعت هذه الظاهرة بالتالي انتشارا وتفاقما .

وقبل أن ندرس شكل التضافر الذي يلاحظ بين هذه الأسباب يهتما في البداية ان نحصيه بشكل جزئي على مستوى الأطراف الثلاثة للظاهرة بمعنى دراسة الأسباب العامة مثلا كما يتصورها كل من الطلاب ، وأولياء الأمور ، والاختصاصيون وتحليل مدى التلاقي او التباعد بين تصوراتهم ، ثم التعرض للأسباب الاجتماعية ، والاقتصادية . . وهكذا . .

فقد ركز الطلاب في الاسباب العامة على مسألتين لافتين للنظر هما : « الرغبة في التجريب » و « الصحة » وكل منهما يعد سببا موصلا للآخر اذ انه لن يجرب وحيدا وإنما الصحة هي الدافعة له على ذلك فهي بمثابة الوسط او المناخ الذي يتم فيه التجريب . غير أن أولياء الأمور لم تتفق اجاباتهم مع الطلاب على ذات السؤال ففي نظرهم يمثل سهولة الحصول على المخدر النسبة الغالبة (٩١٪) كسبب عام للتعاطي . في حين نرى الاختصاصيين ورواد الفصول والأسر وقد اتسقت استجاباتهم مع الطلاب من حيث كون « الصحة » اولا ثم « الرغبة في التجريب » ثانيها (عكس الطلاب في الترتيب فقط وبغير فروق تذكر بينهما) يمثلان سببين عامين للتعاطي اكثر من غيرها من الاسباب .

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء « المناخ الاجتماعي » الذي يعيشه كل طرف من أطراف الظاهرة ، فالطلاب والاختصاصيون يرون « مباشرة » بل ويشاركون الى حد ما في مجال

للتفاعل مشترك من هنا كانت رؤيتهم مغايرة لأولياء الأمور الذين ، وعلى الرغم من تواجدهم سلبا او ايجابا في البناء الأسري ، يقومون بدور الملاحظ الخارجي فقط من هنا كانت الاسباب لديهم محدودة في سهولة الحصول على المخدر ، انه لم ير كيف تؤثر الصلابة أو كيف تلعب الرغبة في التجريب دورا فاعلا في الظاهرة ، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن الابن يحرص دوما على ان يبدو سلوكه متسقا أمام الأب ، وهذا يغير سلوكه مع بعض اعضاء هيئة التدريس أو الاخصائيين ممن يقيم معهم نوعا من العلاقات الودية التي تعطي الفرصة للمكاشفة والمصارحة والتي قد تصل في بعض الأحيان للاعتراف له بتعاطيه للمخدر أو بمغامراته العاطفية ، وهذا لا يتحقق مع الأب مثلا ، فإزال الأب رغم رياح التغيير يحظى بالمهابة وان بدت الفروق الفردية في هذا الصدد واختلفت من عائلة الى أخرى ، مازالت شخصية الأب الذي يضفي وجوده على الأسرة جوا من المهابة والاحترام ، اذا حضر بعد غياب هرع الجميع لقاائه ، واذا تناول الطعام جلسوا لحضرته ، لا يتحدثون اليه الا نادرا وان اقتضت الضرورة باقتضاب بالغ ، ان التوقعات المعيارية تفترض أن يحظى الأب بالاحترام فرؤيته افضل الرؤية ومشورته واجبة^(٩) ، وهذا على النقيض مما قد يحدث مع بعض أعضاء هيئة التدريس او الاخصائيين ، ويكفي ان تستمع خلال الدوام المدرسي لتعليقات بعض الطلاب مع اساتذتهم وان ترى جو المودة وعدم الكلفة بينهم او المكاشفة والمصارحة على نحو لا يتحقق مع الآباء ، وهذا ما قصدنا به منذ البداية باشتراكهم في مجال للتفاعل ...

وفيا يتعلق بالاسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي افاد التحليل الاحصائي وضح السببين المتصلين « بصحبة المتعاطين » و « التدليل الزائد » اما عينة اولياء الأمور فقد اتفقت مع الأولى فبما يتصل « بالتدليل الزائد » و اضافت اليه سببا آخر لا يقل اهمية وهو « المشكلات المستمرة بين الأب والأم » ثم استجابوا بعد ذلك وبدون فارق نسبي كبير لسببين يتصلان « بافتقاد القدوة الحسنة » . و « عدم القدرة على شغل وقت الفراغ » . وذهبت عينة رواد الأسر والاختصاصيين الى التأكيد على « المشكلات بين الأب والأم كسبب اجتماعي دافع للتعاطي ويلي مباشرة - افتقاد السلطة الأبوية » أو « غياب الأب وانشغاله » .

وأيا كانت الاسباب فان تأثير الأسرة على تهيئة الفرصة للانحراف وتعاطي المخدرات واضح الى حد بعيد وقد تمثل في استجابات الباحثين على اختلاف فئاتهم « التدليل

الزائد * « المشكلات المستمرة بين الأب والأم » و « افتقاد السلطة الأبوية » او غياب الأب فيزيقيا او فكريا عن ابنائه . . السخ .

وفيا يتصل بالاسباب الاقتصادية لوحظ أن « الغني » ، و « سهولة الحصول على المخدر » يقفان على قمة الاسباب المادية (الاقتصادية) الدافعة للتعاطي ، وقد اتفقت على ذلك الاطراف الثلاثة للظاهرة مع اختلاف فقط في ترتيب هذين السببين .

أما « الفقر » الذي يدفع الى المغامرة للحصول على مال لتمويل التعاطي فقد مثل سببا تاليا لذلك وبخاصة في عيتي الطلاب ، وأولياء الأمور .

أما الاسباب المتصلة بالصعوبات المدرسية (التربوية) المؤدية للتعاطي فقد مثل الفشل نتيجة التأخر الدراسي ، وعدم الميل للدراسة او اتجاهاتهم السلبية نحوها * سببين لافتين للنظر واتفق على ذلك عيتا الطلاب وأولياء الأمور واختلفا في ترتيبهما فقط . اما الاختصاصيون فلم يخرجوا عن ذلك ولكنهم اضافوا ما لاحظوه عن الطلاب من عدم اقتناع بجدوى التعليم الامر الذي ينتهي بهم الى الاحباط .

يتبين من ذلك ان الاسباب السابقة جميعها متسقة ومتداخلة بل ان بعضها يفسر البعض الآخر فهي مجرد زوايا للنظر الى ظاهرة واحدة تتفاعل بصلدها عناصر كثيرة .

خامسا : أساليب التنشئة الاجتماعية بالأسرة القطرية ، ومسئوليتها عن التعاطي :

لعل أطراف الظاهرة لم تنفق على قضية بعينها بحيث تعتبرها مؤشرا ، وسببا ، ونتيجة في ذات الوقت للتعاطي قدر ما اتفقت على « التنشئة الاجتماعية بالأسرة » فهي عنصر بارز دائبا

* ونقصد به هنا تطرف الآباء ومغاليتهم في تأييد الأبناء والتساهل معهم مع تجاهل ضرورة توجيههم الى تحمل المسؤوليات التي تتناسب مع أعمارهم (١٠) .

** يقصد بالانجماحات نحو الدراسة Study Attitudes النزعة أو الاستعداد المعبر عنه سلوكيا بدرجة تحييد الطلبة او عدم تحييدهم لجوانب تتعلق بالدراسة والعملية التعليمية وما يرتبط بها ، مثل تقبل الطلبة للمعلمين ، مدى مشاركتهم وتفاعلهم معهم ومع غيرهم من الطلبة ، نظرهم الى الأهداف التربوية والمهنية (١١) .

في وجوده ، وفعال في تأثيره ، بل يمكن القول ان العلاقة بين أسلوب التنشئة الاجتماعية وتعاطي المخدرات علاقة قياسية بين مقدمة ونتيجة . ويبدو أن هذه المقولة لم تأت من فراغ وإنما كان مصدرها الملاحظات المباشرة لواقع المجتمع القطري والتي اكدت مسئولية البناء الأسري عن كثير من الظواهر الايجابية والسلبية على حد سواء والتي ظهرت كنتيجة للتغير السريع في الجانب المادي وبيطء مخلوط في الجانب اللامادي ، الأمر الذي ترتب عليه ازدياد الفجوة بين الجانبين وانعكاس ذلك في ظهور العديد من المشكلات والانحرافات (كان التعاطي من بينها) وقد أثرنا معالجة تلك القضية في مزيد من التفصيل لما لها من أهمية حيوية .

ان بنية الأسرة بالمجتمع القطري - رغم تقليديتها ومعاظمتها - الا انها تتعرض لهزات واضحة ، فقد أصابت الأسرة (شأنها شأن كافة النظم الاجتماعية بالمجتمع) عناصر التغير المادي بالدرجة الأولى وادخلت متغيرات جديدة لم تكن قائمة من قبل ، وأخرى لم تكن تتمتع بقدر من الشمولية في المجتمع فالخروج للتعليم (للذكر والأنثى) ، واقتناء كافة الوسائل التكنولوجية الحديثة ، والتأثر الشديد بوسائل الاعلام وبخاصة البصرية منها ، والسفر المتكرر والمتنوع للخارج ، ورعاية الدولة للأفراد رعاية شبه كاملة . . . الخ كل هذا وغيره كان من الضروري ان يغير تركيب الأسرة ، ويعيد تشكيل أدوار أفرادها ، ويقدم صياغات جديدة للعلاقات بين اعضائها .

ولأن الأسرة غير منفصلة عن المجتمع -رغم التقليدية التي تنسب بها- فان ما يحدث بالمجتمع ينعكس بالضرورة عليها ويشكل الظواهر الايجابية والسلبية التي تتعرض لها . ومما لاشك فيه أن حالة « التغير المادي » التي يتعرض لها المجتمع الخليجي عموما قد افرزت عدة ظواهر اجتماعية نفذت مباشرة الى الأسرة وعدلت كثيرا في الأدوار والوظائف والعلاقات فضلا عن نسق القيم السائد .

ولو حاولنا تطبيق هذه المعطيات النظرية على موضوع بحثنا لوجدنا - من خلال استجابات الأطراف الثلاثة للظاهرة مجتمعين - تأكيدا واضحا على أساليب التنشئة بالأسرة القطرية ودورها في تهيئة الفرصة لتعاطي المخدرات ويمكن ان نعطي بعض الأمثلة على ذلك من واقع الدراسة الميدانية : كان « التدليل الزائد » هو السبب الذي يقع في المرتبة الثانية ضمن الأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي من وجهة نظر الطلاب . ولم يبرز هذا السبب الذي يقع في المرتبة الثانية ضمن الأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي من المسائل البائنية التي تسم الأسرة القطرية . فتفضيلها الواضح للذكور ، والحرص على دعمهم باستمرار ، والتفرقة الواضحة

في المعاملة بين الذكور والاناث بحيث يترك للذكر أكبر قدر من الحرية ، وتشجيعه الدائم والتهوين من أخطائه وإيجاد المبررات لتصرفاته ، فضلا عن الاستجابة لمطالبته ، الأمر الذي قد يحول دون الاعتدال على النفس وتحمل المسؤولية بل والاستقلالية ، الأمر الذي يؤدي في نهاية المطاف فضلا عن عوامل أخرى (كوجود الصعبة المدمنة والسعة المادية ... الخ) الى التسليم بالأمر الواقع ومسايرة الآخرين وعدم القدرة على الوصول الى الصورة الأفضل ، فاذا أضيف الى ذلك كله غياب الأب في بعض الأحيان ، وقيام الأم بالتربية وحدها يساعدها في ذلك المربيات او الخادmates لتبين لنا كيف ان التدليل الزائد كأسلوب للتنشئة لم يبرز بشكل عفوي - تلقائي - وانما له جذوره وأصوله ، وما يؤكد ذلك أن عينة أولياء الأمور وضعوا هذا السبب في المرتبة الاولى (في المرتبة الثانية من وجهة نظر الطلاب) .

وعمل افتقاد القدوة داخل الأسرة نموذجا آخر يوضح أساليب التنشئة الاجتماعية السائدة فمما يلفت النظر أن عينة أولياء الأمور كانت أكثر صراحة فيما يتعلق بهذه المسألة اذ جاءت في المرتبة الثالثة (بعد التدليل الزائد ، والمشكلات المستمرة بين الأب والأم) . ونقصد بالقدوة المفقودة هنا تقلص دور الأب بخاصة ، وعدم مشاركته بشكل فعال ومؤثر في تربية الأبناء اما انشغالها او رغبة في التخفيف من مشكلات الأسرة . فاذا أضفنا الى ذلك تورط الأب أحيانا (أو الأخوة الكبار) في التعاطي أمام الأبناء أو يعلمهم تبين مدى الانهيار الذي يحدث لهذه القدوة .

وهذا ما أكدته دراسة الحالة Case Study إذ أسفرت المائدة الانثوجرافية التي استهدفت التاريخ الادعائي في عشر حالات عن وجود ٦ حالات (أربع تعاطى فيها الآباء وحالتان تعاطى فيها الأخوة) ، وان كانت احدها تعاطى فيها الأب والأخوة معا في وقت واحد ، فاذا أضفنا الاقارب « لوجدنا أن معظم هذه الحالات (٩٠٪) يتنمى الى عائلات او جماعات أسرية تعاطى فيها اما الآباء ، أو احد الاخوة او الاقارب . وهذا مادفعنا الى القول ان « تدشين » الفرد الى عالم المخدرات يتم على ايدي ذويه او جماعة القرابيه هنا ينبغي ان نركز على تأثير الخبرة السابقة في تسهيل عملية التعاطي . وفي هذا الصدد يذهب كارلين Carlin وزملاؤه الذين بحثوا في الدور الذي تقوم به الخبرة السابقة الى القول « ان هذه العملية تستند الى خبرات تعلم وتعلم اجتماعي متكرر» أى تعرض الفرد لهذه الخبرة أكثر من مرة « ١٢ » .

سادسا : الصعوبات المدرسية ودورها في تقادم - وليس خلق - ظاهرة التعاطي :

تعددت الصعوبات المدرسية المساعدة على تقادم ظاهرة التعاطي ، وإذا كان الطلاب واعضاء هيئة التدريس قد ذهبوا الى ان « الفشل نتيجة التأخر الدراسي » من اهم الصعوبات ، بل انها تحتل المكانة الاولى في الترتيب وان تباينت النسب عند كل فئة بفارق نسبي بسيط (الطلاب ٢١٪) و (اعضاء هيئة التدريس ٢٤,٢٪) ، ولا يعني هذا ان الآباء لم يدركوا مقولة الفشل نتيجة التأخر الدراسي الا انهم يضعونها في المرتبة الثانية وان بلغت نسبة استجاباتهم ٣٧٪ . والغريب حقا ان الطلاب واعضاء هيئة التدريس يرون أن عدم الميل للدراسة (التزعة أو الاستعداد المعرّنه سلوكيا بتحيزهم للعملية التعليمية ونظرتهم الذاتية للأهداف التربوية والمهنية .. مرجع سابق) يأتي في المرتبة الثانية وينسب متقاربه (الطلاب ٢١٪) (اعضاء هيئة التدريس ١٩,١٪) ، اما الآباء فيرون أن عدم الميل أو الاستعداد للدراسة يأتي في المرتبة الاولى وان كانت نسبتهم بفارق نسبي كبير ٤٠٪ ، حقا ان الترتيب لدى الآباء يبدو معكوسا الا انه يسير متسقا مع اتجاهات الابناء والمعلمين فكلما المتغيرين يؤدي للآخر ، عدم الميل او افتقاد التزعة التعليمية تؤدي الى الفشل أو التأخر الدراسي ، ثم تتباين الاتجاهات فيما يتعلق بمدى ملائمة المناخ المدرسي * اذ يؤكد ١٦٪ من الآباء على انعدام الملاءمة لهذا المناخ في حين تنخفض رؤية الطلاب لهذا العامل ويفارق نسبي كبير يصل الى ٦٪ ، أما هيئة التدريس فتتخفف رؤيتهم لهذا العامل ودوره في الاحباط ليصل الى ١,٧٪ .

* يقصد بالمناخ المدرسي على حد زعم Cornell ١٩٥٥ (من أوائل من استخدم هذا المصطلح) «نتاج لادراك الأفراد لأدوارهم كما يرى الآخرون» وقد تناول هذا الموضوع كثيرون من أمثال Burton وليفين Lewin وهويت White وهالين Halpin وكرفت Croft ، وقد تناولوا المناخ الديمقراطي والانتقراطي والفوضوي وارتباطه بالانتاجية والروح المعنوية العالية .. أو ما أسماه بعض التربويون بالمناخ المفتوح (روح معنوية عالية) ، المناخ الموجه (اهتمام شديد بانجاز العمل + روح معنوية الى حد ما) المناخ العائلي (الألفة الشديدة بين العاملين دون الاهتمام بتحقيق الاهداف المرجوه) ، مناخ أبوي (حيث تركيز السلطة ، المحاولة دون ظهور أي مبادرات قيادية) مناخ مغلق (حيث يسود الفتور والاحساس بعدم الرضا) .. الخ (١٣) .

بيد أن الطلاب وأعضاء هيئة التدريس ينفردون بإثارة العديد من الصعوبات كل من وجهة نظره والتي لم يتركها الآباء وهذا أمر طبيعي نظرا لتواجدهما معا في مجال للتفاعل مشترك ، اذ ينفرد الابناء « يعلم التفاهم مع المدرسين » وهؤلاء يشكلون ١٦٪ ، والطرد من الصف ١٥٪ وان اضافوا عدم تفهم مشكلات التلاميذ ثم التفرة في المعاملة ، قسوة بعض المدرسين ، وطبيعي ان تلك المشكلات تعبر عن وجهة نظرهم بصفة خاصة ، ومن اللافت للنظر ان احد الآباء لم يشر من قريب او بعيد لمثل هذه القضايا ، وهذا ان دل على شيء فانما يدل على غياب الآباء عن متابعة الابناء او حتى مجرد الوقوف على احوالهم والظروف التي يعيشونها في المؤسسات التعليمية وانعدام الصلة بين المدرسة والمنزل . هذا من ناحية ومن ناحية اخرى فان أعضاء هيئة التدريس ينفردون بالإشارة الى التعاطي في ارتباطه بتنظيم العملية التعليمية ويشيرون قضايا جوهرية هامة « كتيابن المستوى العمري بين تلاميذ الصف الواحد » ٧, ٢٪ حيث يتجاوز التلاميذ وقد تباينت اعمارهم « وتباين مستوى تحصيلهم الدراسي » ٥, ١٪ ، والاخذ بنظم الاتابة ومكافأة المتفوقين على مرأى ومسمع من الآخرين ، الامر الذي يؤدي الى الاحباط ، هذا فضلا عن صعوبة المقررات ١, ٧٪ وطول المقررات الدراسية ١, ٣٪ .

سابعا : تعدد المشكلات المترتبة على التعاطي وتفسير بعضها بالبعض الآخر :

تنوعت المشكلات وتعددت ، فمنها ما هو تربوي أو اجتماعي أو اقتصادي أو قانوني أو اخلاقي ، وجميعها متداخلة الى حد بعيد ومتشابكة يعتمد بعضها على البعض الآخر ، وما تجدر الإشارة اليه أن رؤية أعضاء هيئة التدريس أكثر شمولاً من الفئتين الآخرين ، فبينما انحصرت استجابات الآباء في تناول قضايا اساسية بارزة (كالانقطاع عن الدراسة او التأخر الدراسي ٣٧٪ ، الاساءة الى سمعة العائلة ٢٣٪ ، اتفاق المزيد من المال لتمويل التعاطي ١٤٪ ، محاكاة الاخوة للمعلمين ١٤٪ ، الضغط والتوقيف في جريمة التعاطي ١١٪) ، وتلك جميعها أشار اليها الابناء وأعضاء الهيئة التدريسية وان تفاوتت الاتجاهات بصددها وبفروق نسبية

واضحة في كثير من المتغيرات . *

فإذا نظرنا مثلا الى إحدى المشكلات التربوية لدى الفئات الثلاث « مشكلة الانقطاع عن الدراسة والتأخر الدراسي » لوجدنا اجماعا من الطلاب والآباء والمدرسون ولكن تتفاوت النسب بشكل ملحوظ ، فالطلاب يشكلون ٢٧٪ ، وأولياء الأمور ٣٧٪ ، أما أعضاء هيئة التدريس فكانت استجاباتهم ٨٦,٨٪ (٢٩,٣) انقطاع عن الدراسة ، فقدان الفرصة التعليمية ١٤,٤٪ ، التأخر الدراسي ٤٣,١٪) وترجع الفروق الواضحة في الاستجابة بين المدرسين والآباء والابناء ، ذلك أن أعضاء هيئة التدريس ومن واقع خبرتهم الطويلة ومصادفتهم لمثل هذه المشكلات يدركون أن المتعاطلين سرعان ما يفقدون الاهتمام بالدراسة أى سلبية الاتجاهات نحو العملية التعليمية برمتها * ومن ثم اللامبالاة والهروب أثناء الدوام المدرسي او الغياب المستمر ، تكرار الرسوب ، الأمر الذي ينتهي حتما بالتخلف الدراسي وفقدان الفرصة التعليمية .

فاذا ما انتقلنا الى التقليد بين الاخوة او انتشار عدوى الادمان بين الجماعة القرابية لوجدنا اتساقا في الاستجابات وبفروق احصائية بسيطة (الطلاب ١٠٪) الآباء

* فالاساءة الى سمعة العائلة مثلا والتي ركز عليها الآباء ٢٣٪ ، نجد أن نسبة الأبناء تصل الى ١٦٪ ثم تنخفض وبفروق نسبية واضحة لدى أعضاء الهيئة التدريسية الى ٩,١٠٪ ولا غرابة في ذلك فالآباء والأبناء ينتمون الى جماعات ثقافية تركز كثيرا على فكرة الأصل والمكانة ، وما زالت تعطي أهمية للسلوك الجمعي ، وأن ما يشين الفرد انما يمتد الى جماعته كتوقع من « الوصمة » ، من هنا كان تركيزنا منذ البداية على انه ينبغي أن ننظر الى « الاساءة الى سمعة العائلة » ليس فقط بوصفها مشكلة أو نتيجة وجود مشكلة والاعتراف بها ، فضلا عن التردد الواضح عند اعلان الرغبة في العلاج أو حتى مجرد التقدم لاستشارة المسؤولين في العيادة النفسية أو وحدة رعاية البالغين ومن ثم التخفي والتردد الى أن تزداد الحالة تفلقا ، وان فكر البعض في صحة ابتائهم للعلاج من الخارج .

* * لقد أكد مالباس مثلا Malpas وجود علاقة موجبة ودالة احصائية بين التحصيل الدراسي واتجاهات التلاميذ نحو الدراسة (وان كانت هناك دراسات أخرى مثل Goldfried ١٩٧٣ أكدت وجود علاقة غير دالة احصائيا بين التحصيل واتجاهات التلاميذ نحو الدراسة (١٤) .

١٤٪ المدرسون ١٣,١٪) وكذلك الحال فيما يتعلق بتدبير المال واستنزاف موارد الأسرة (الطلاب ١٥٪ ، والآباء ١٤٪ والمدرسون ١٤,٦٪) . . . الخ .

وأيا كان الأمر فما تجدر الإشارة اليه انه ينبغي ان ينظر الى هذه المشكلات نظرة شمولية من حيث الفهم والتفسير ، فالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية او التربوية أو القانونية والاخلاقية انما تشكل نسيجاً واحداً متشابك الاجزاء ، تتفاعل جميعها وتتبادل التأثير والتأثير ، وقد يبدو احداها سبباً أو نتيجة فاتفق المريد من المال على المخدر قد يؤدي في نهاية المطاف الى التصرف في الممتلكات الشخصية أو العائلية واستنزاف موارد الأسرة وهذا بدوره كفيل باثارة الخلافات والمشكلات الأسرية ، كما أن التعاطي قد يؤدي الى الضبط والتوقيف في جريمة الادمان أو الاتجار ، وهذا قد يسيء الى سمعة العائلة . . هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فالادمان قد يؤدي الى ارتكاب الجرائم الاخلاقية (سنعود الى هذه النقطة بعد قليل) كالسرقة أو اللواط وقد يؤدي هذا بدوره الى الضبط أو التوقيف في جريمة وفي هذا اساءة الى سمعة العائلة ، الأمر الذي قد يترتب عليه افتقار المورد المالي للمدمن وهكذا لا يمكن النظر الى احدى مكوناتها منفصلاً عن المكونات الاخرى .

نعود مرة أخرى الى مناقشة علاقة الادمان بالجريمة وتلك اثارها اعضاء الهيئة التدريسية دون غيرهم من الفئات الاخرى وبنسبة بلغت ١٢,١٪ وان انحصرت تصوراتهم في السرقة والزنا وعلى الرغم من معقولية هذا التفسير في نظرنا الا ان التساؤل عن وجود مثل هذه العلاقة السببية بين تعاطي المخدرات والجريمة مازالت مشكلة مليئة بالانفعال اكثر مما تشير الى حقائق محددة ، يقول د . سوف * في عرضه لتقرير لجنة تقصى الحقائق الكندية حول القنب ، ان هناك علاقة بالمعنى الاحصائي وليس هناك ما يكشف عن وجود علاقة سببية ، وفي دراسة اجراها أودونيل (ODonnell ١٩٧٦) ان التحليلات الاولى لا تساند الفكرة القائلة بأن الحشيش يقود للجريمة أو النشاط الاجرامي يقود للحشيش ، لكن تظل المشكلة ماثلة في الاذهان ، ومازلنا نسمع عن علاقة جوهرية بين التعاطي والجريمة وربما مرد ذلك الى ان التعاطي يؤدي الى خفض التحكم في السلوك الاندفاعي (١٥) * ،

* بتساءل د . سوف في مقاله هل الجريمة تعقب التعاطي كنتيجة مباشرة للتأثير الفارماكولوجي أم ان التابع قد يأتي نتيجة للمعسر الذي يقع على التعاطي نتيجة لحالة الادمان .

وفي الحقيقة أن الطلاب قد أثاروا فيما أثاروه من مشكلات اضافوها بأنفسهم
وبطريق غير مباشر مشكلة اللواط والبغاء كنتيجة للتعاطي والادمان ، وان كانت
بنسب ضئيلة الا انها تعكس خطورة المشكلات المترتبة على التعاطي .

ثامنا : دور المدرسة في التصدي لمشكلة التعاطي :

لايستطيع احد ان ينكر دور المدرسة في تكوين شخصية الطالب وفي امكان
مساعدته لحل ما يعترضه من مشكلات ، بل اذا أردنا تأكيد مدى فاعلية المدرسة من
خلال اعضاء هيئة التدريس ورواد الأسر والفصول والاختصاصيين والاجتماعيين او من
خلال مجموعة الاهداف والقيم التي تسعى الى تحقيقها لن نجد تعبيراً أوضح مما ذهب
اليه Willson (١٩٦٤) في كتاب له بعنوان التعليم والتلقين (المبادئ والافكار)
Education and Indoctrination انه من السهل على المعلم الذي يعتنق معتقدات
ومبادئ معينة ان يصيغ تلاميذه بها ، ومن الممكن في حالة اعتناقه اياها بشده ان
يعلمهم بها كما لو كانت حقائق ثابتة غير قابلة للجدل أو التغير ، ومن الممكن ان يدعم
هذا التعليم ليس بالدلة المقبولة منطقيا بل بالانحاء العاطفي (١٦) .

فاذا تساؤلنا عن مدى كفاية دور المدرسة فان استجابات أولياء الأمور فيها يتعلق
بفعالية التصدي للمشكلة كانت سلبية إلى حد بعيد اذ يرى ٨١٪ أن المدرسة لا تمارس
دورها في مواجهة المشكلة ، ويضيف ٨٪ الى انهم لا يدرون اذا كان دورها كافيا أم
لا ، أما أولئك الذين يرون مدى كفاية دور المدرسة فلا تزيد نسبتهم عن ٩٪ ، واذا
كانت الغالبية العظمى ٨١٪ ترى عدم كفاية دور المدرسة في التصدي لمشكلة التعاطي
فان لها تبريراتها اذ ان التصدي للمشكلة يحتاج الى تعاون البيت والمدرسة (٣٢٪)
وهذا بالطبع ليس متوافرا بالدرجة الكافية . وتضيف فئة ثانية قوامها ٢٨٪ ان المشكلة
لها أبعاد متعددة ومعقدة ، بينما تذهب نسبة ثالثة تشكل ١٧٪ ان المشكلة تخص الأسرة
وحدها ولا تبرير لتدخل المدرسة أو المدرسين في مثل هذه الموضوعات ، وأيا كان الامر
فان هذه الاستجابات انما تكشف عن وعي أولياء الأمور بمشكلة التعاطي وقصور دور
المدرسة في معالجتها وان التصدي لها ليس قاصرا على مؤسسة دون غيرها وانما ينبغي
النظر اليها بشكل متكامل ومتعدد الابعاد .

هذا عن تصورات أولياء الأمور للمشكلة من خارج جدران المدرسة ، فاذا ناقشنا

تصورات أعضاء هيئة التدريس من رواد الأسر والفصول والاختصاصيين أولئك الذين يعايشون المشكلة لأمكن القاء المزيد من الضوء على مدى فاعلية المؤسسة التعليمية في التصدي لها ، وفي البداية نذكر ان ٦٢,٥٪ لم يتجاوز دورهم العملية التعليمية أو الأدوار الادارية المنوط بهم ، وان ٣٠,٦٪ حاولوا التدخل ومواجهة مشكلة التعاطي وكانت لهم جهودهم الذاتية (والتي انحصرت في النصح والارشاد ، عقد ندوات للتوعية ، اختطار ادارة المدرسة ، الاتصال بولى الامر ، التحويل على وحدة رعاية البالغين) . وقد برزت الغالبية والتي عزفت عن المشاركة في مواجهة المشكلة قصور دورهم بعلم جدوى المحاولة ٢٥,٣٪ او ان تناول مثل هذه القضايا ليس من صلاحياتهم ٦,٥٪ ، وذهبت نسبة مماثلة الى انقطاع مثل هؤلاء الطلاب عن الدراسة ومن ثم انعدام جدوى المحاولة ، بينما ذهب فريق آخر ويفرق احصائية بسيطة ان بيروقراطية الادارة وتركز السلطة وصعوبة التعاون في تناول مثل هذه القضايا يحول دون مشاركتهم ، بل ان الادارة سلبية الى حد بعيد ١,٣٪ وتؤثر الاتعاد عن تلك المشكلات ، والغريب حقا ان تشير نسبة ٤,٥٪ الى عدم موافقة ولي الامر ، ٢,٦٪ الى عدم استجابة الآباء لمثل هذه التدخلات .

ورجما يزداد الموقف تعقيدا اذا ادركنا ان ٧٥٪ من الطلاب لا يرون دورا للمدرسة (المدرسون او الاختصاصيون) في حين أن ١٧٪ فقط هي التي ترى ان للمدرسة دور فيها وان كانت استجاباتهم تتسم بالسلبية الى حد بعيد فمن بين (١٦٠ حالة ويشكلون ١٧٪) يرى ٤٥٪ ان دور الاختصاصي قاصر على التحويل الى رائد الفصل ، في حين ذهبت نسبة اخرى قوامها ١٧٪ الى توجيه النصيحة ، ١٣٪ الى توقع تبليغ اولياء الامور ، ٩٪ الى تبليغ ادارة المدرسة ونسبة مماثلة الى الصحة المدرسية . . الخ اى انهم في واقع الامر لا يفعلون شيئا هاما سوى مجموعة من التحويلات او الاستجابات السلبية ، توضح عدم فاعلية دور اعضاء الهيئة التدريسية ، إنهم لا يفعلون شيئا سوى تحريك المشكلة من شخص لآخر من الاختصاصي الى الرائد الى المدير وأحيانا الى الامر وقد ينتهى الامر بسلسلة من النصح والارشاد ، أما دراسة حالة المدمن وتقصى مشكلته والوقوف على ظروفه الاسرية وتاريخه الادمانى ومدى احساسه بالمشكلة ورغبته الايجابية في العلاج فهي أمور قد لاترد كثيرا في الحسابان .

أما عن محدودية دور الاختصاصي وعدم فاعليته فلا شك أن استجابات التلاميذ هي الفيصل في هذا الصدد ، وهذا ما أكدته الملاحظة الانثوجرافية إذ أن دوره ثانوي الى حد بعيد ولا يرجع هذا الى عدم حماسه للعمل او عدم تقديره لخطورة المشكلة وانما يعود بالدرجة الاولى الى عددهم من العوامل لعل أهمها :

(١) ان جو المدرسة وطبيعة العلاقات السائدة بين الادارة وأعضاء هيئة التدريس على اختلاف انتهاءاتهم العرقية وارتباط ذلك بإمكانية المشاركة في اتخاذ القرار أو العمل الجمعي بغض النظر عن الانتهاءات العرقية ، ومدى إتاحة الفرصة له للمبادرة الذاتية للتصدي للمشكلة . كل هذه تلعب دورا فاعلا في محدودية دوره وعدم فاعليته .

(٢) ان عامل الاصل والمكانة والخوف على سمعة العائلة في بعض الاحيان يجعله حذرا عندما يقترب من مثل هذه المشكلات ، وحتى في حالة تصديه لها قد يتسم سلوكه بالسلبية او الصورية احيانا (مجرد تحويله الى رائد الفصل ، أو الى مدير المدرسة أو الوكيل أو وحدة رعاية البالغين أو حتى مجرد اخطارولي الأمر بعدد من الظواهر المرتبطة كالغياب المستمر أو الهروب من المدرسة أو إثارة المشكلات ..) .

(٣) عجز الاختصاصي الاجتماعي عن التأثير في الطلاب ومن ثم الوفاء بمسئوليته ، فهو لا يؤدي دورا فاعلا نافعا بالنسبة للبعض منهم كالمدرس مثلا ، انه مجرد مساعد اداري يقوم باعداد الاحصائيات او الاشراف على الرحلات او متابعة المقصف المدرسي وتوزيع الارباح أو شراء الهدايا لتوزيعها على المتفوقين في النشاط العلمي او الرياضي ربما تبرز أهميته في اعداد قوائم الغياب بالنسبة لأولئك الذين اعتادوا الهروب من المدرسة . . وحتى هذه الممارسات قد تتم بطريقة صوريه اعتمادا على عدد محدود من التلاميذ من لديهم القدرة على المشاركة في مثل هذه الأنشطة ، من هنا جاءت محدودية دوره وبالتالي انعدام تأثيره .

الفصل الثالث

الخلاصة

أولا : اتجاهات الطلاب نحو تعاطي المخدرات :

أفادت الملاحظة الاحصائية أن ادراك الطلاب للمواد المخدرة التقليدية كالحشيش والافيون والكوكايين والمهيروين كان متقاربا وبفروق احصائية ضئيلة ، ثم تتدني بعد ذلك معرفتهم لمركبات الافيون كاللورفين والكوداين ثم حبوب الهلوسة ثم المنومات والمهدئات . ومن اللافت للنظر انهم (أى الطلاب) أضافوا ٤٢ مادة تفاوتت الاستجابات بشأنها (انظر جدول ٢) وهي في غالبيتها مواد تخليقية قد يكون لها تأثير تحذيري ، وقد حذرنا من التعامل معها بحذر شديد اذ اننا لم نتحقق بعد من درجة تأثيرها كمخدر . اما عن مصدر السماع عن تلك المخدرات فقد جاءت وسائل الاعلام في مقدمتها (الافلام ، المسلسلات) عن طريق التلفزيون والفيديو ٤٦٪ ، ثم الصحافة ٢٣٪ ثم الاصدقاء ١٣٪ ثم السفر للخارج ٩٪ ... الخ .

كما أفادت ان ثمة ادراكا واضحا لمشكلة التعاطي سواء في مدارسهم أو في المدارس الأخرى ذهبت نسبة ٦٨٪ من طلاب المدارس الثانوية والاعدادية الى وجود مشكلة التعاطي في مدارسهم في حين ذهب ٢٨٪ من العينة الى انهم لا يدرون اذا كانت هناك مشكلة ام لا ، ثم تتدني نسبة اولئك الذين يؤكدون عدم وجود المشكلة لتصل الى ٣٪ ، أما من حيث كيفية المعرفة فقد توزع افراد العينة الى ٣٧٪ امكنهم التعرف على وجود المشكلة من حديث زملائهم عنهم ، ونسبة مماثلة نتيجة لادراكهم للملامح الجسمية والنفسية للمتعاطين و١٠٪ من رؤيتهم المباشرة لهم ثم شكوى المدرسين ٧٪ ... الخ .

أما عن مكان التعاطي فقد ذهبت ٥٧,٥٪ من عينة الطلاب الى تحديد مكان للتعاطي في حين رفضت بقية العينة تحديد مكان التعاطي . الا ان المحددين للمكان زء ٤٣٪ منهم تقريبا بان التعاطي يتم خارج اسوار المدرسة ، في حين ذهب ١٢٪ الى التعاطي يتم داخل اسوار المدرسة وخارجها على حد سواء ، بينما اقتضرت نسبة ٢٪ الى ان التعاطي يتم فقط داخل اسوار المدرسة .

وبصفة عامة فان اولئك الذين ذهبوا الى ان التعاطي يتم داخل اسوار المدرسة حددوا (دورات المياه ، حول سور المدرسة ، الملاعب ، حجرة الفراش ... حسب الفرصة

المتاحة) اما اولئك الذين ذهبوا الى ان التعاطي يتم خارج الاسوار فقد ذهبوا الى تحديد أماكن مثل البر والبحر وخارج البلاد وبالسيرة او في احد المنازل المتاحة .

وقد تناولت الدراسة المعرفة بالتعاطي في مدارس اخرى ، المدى والتصورات وقد أفادت استجاباتهم وجود الظاهرة ووضوحها وبفروق احصائية محدودة .

ومن ناحية أخرى كشفت المادة المعطاه أن هناك ٧٢٪ من افراد العينة لديها امكانية التمييز بين المتعاطين وغير المتعاطين ، بينما انكر ٢٥٪ قدرتهم على تمييز المتعاطي ، الأمر الذي يعكس ان هناك دراية بهذا الموضوع ورؤية مستمرة للمتعاطين للدرجة التي جعلتهم يألّفون هذه السيات او الخصائص ومن ثم ادراكها وتمييزها وقد انحصرت هذه الملامح في الضعف والحمول وشحوب الوجه واحتقان العينين وزيف البصر ، والتعب بعد أقل مجهود ، ... فضلا عن الانطواء والعزلة والاكتئاب والعدوان والتدمير ... الخ .

أما عن الاسباب الكامنة وراء التعاطي فقد أوضحت استجابات الطلاب وجود العديد من الاسباب سواء العامة أو الاجتماعية أو الاقتصادية أو التربوية ... وان تباينت نسبتها واختلفت أهميتها .

ففي مقدمة الاسباب العامة جاءت الرغبة في التجريب ٣١٪ ثم الصحة ٢٩٪ ثم وسائل الاعلام ١٩٪ فسهولة الحصول على المخدر .

أما الاسباب الاجتماعية فانهضرت في « الصحة » وبنسبة دون سابقتها ١٥٪ ثم التذليل الزائد ١١٪ ، المشكلات بين الاب والام ١٠٪ ، الملل ١٠٪ ، القسوة الشديدة ٩٪ ، وفاة احد الوالدين أو كليهما ٨٪ ، الاحساس بالضيق ... الخ .

ثم تأتي الاسباب الاقتصادية لتمثل أساسا في السعة المادية (الغني) ٣٠٪ والفقر ٢٢,٥٪ ، ثم سهولة الحصول على المخدر ٢٣٪ أو الحصول عليه مجانا ٢٠٪ وأيّا كان الامر فان السعة المادية والحصول عليه في سهولة ويسر أو مجانا تشكل ٧٣٪ الامر الذي ييسر عملية التعاطي والحصول على المخدر . .

والملاحظ تضافر وتكامل الاسباب المؤدية الى التعاطي ، فالاسباب العامة والاجتماعية والاقتصادية فضلا عن الصعوبات المدرسية تتفاعل معا وتشكل فيما بينها اطارا مهيئا لنشوء الظاهرة وكلما زادت هذه الاسباب حدة وتأثيرا اتسعت الظاهرة انتشارا وتفاقما .

فإذا انتقلنا الى المشكلات المترتبة على التعاطي كما يراها الطلاب فقد انحصرت في « تدهور صحة التعاطي » فالإساءة الى سمعة العائلة « ثم » انفاق المزيد من المال لتمويل التعاطي فالانقطاع عن الدراسة فالتاخر الدراسي ثم الضبط والتوقيف في جريمة التقليد بين الاخوة والاقارب . . . وان اضاف الطلاب مشكلات على درجة عالية من الخطورة كاللواط والضياع وعدوى الادمان . . . الخ .

وفي نطاق دور المدرسة في التصدي لمشكلة التعاطي كشفت الدراسة عن فقدان دور الاختصاصي الاجتماعي في بعض الاحيان ، انه اشبه بالطبيب الذي يجد المرض ولكنه عاجز عن التشخيص ولا يرجع عجزه لعدم حماسه لعمله أو تقديره لخطورة المشكلة . . وانما يعود وبالدرجة الاولى للمصاحبات الاجتماعية والنفسية المرتبطة بالمشكلة ، فالتلميذ رغم احساسه بالمشكلة ورؤية الاختصاصي الاجتماعي له وتأكده من الانفاس في التعاطي والتورط فيه ، فان الاختصاصي لا يجرؤ في كثير من الاحيان على الاتصال بأولياء الامور ليس فقط لاعلامهم بالمشكلة وانما ايضا للدراسة الظروف الاسرية التي قد تكون سببا في التعاطي ، انه والتلميذ في آن واحد يدركان تماما ان مجرد المحاولة قد يسئ بسمعة العائلة .

ثانيا : اتجاهات الآباء نحو مشكلة التعاطي :

كشفت الملاحظة الاحصائية عن ادراك اكثر وضوحا من الانباء بوجود هذه المشكلة بين الشباب في قطر عموما اذ بلغت نسبة المدركين للظاهرة ٨٠٪ بينما لم تزيد نسبة من اكد عدم وجودها عن ٩٪ . أما عن كيفية المعرفة بوجود المشكلة بين الطلاب في المدارس فقد اوضح الآباء ان « احاديث المجالس » تمثل القناة الرئيسية التي يمكن من خلالها اثارة الكثير من المشكلات في المجتمع وبلغت نسبة هؤلاء ٥٥٪ ، وقد تلت هذه النسبة فئة اخرى تلك التي اوضحت ان معرفتهم تمت عن طريق « أولياء أمور آخرين » وقد يتم هذا في المجالس ايضا أو في مجالات العمل . . . وبلغت نسبتهم ٢٣٪ من الاستجابات وكان بدسيا اذا كان ثمة شيوع للظاهرة في المدارس ان تلعب مجالس الآباء دورا رئيسيا في المعرفة ، الا ان الملاحظة الاحصائية كشفت عن تضال دور مجالس الآباء والمنوط به اثارة مثل هذه القضايا فقد تدنت الاستجابات لتصل الى ١١٪ ، والتي ينعدم الاقبال عليها في اثاره وعي الآباء بمثل هذه القضايا .

كما أفادت المادة المعطاه عن وجود نسبة متقاربة ٧٠٪ لنسبة الانباء (٧٢٪) لديها القدرة على تحديد ملامح للتعاطي ، وفي حدود النسبة التي اكدت امكانية ذلك تفاوتت الاستجابات

وان انحصرت في « الضعف والحمول وشحوب الوجه » واحتقان العينين وزينغ البصر والانطواء والعزلة وقلة الحركة وبطء التفكير ثم سرعة التعب والكذب والسرقة واثارة المشكلات ... الخ .

كما أكد الآباء تأثير التعاطي على التحصيل الدراسي ومن اللافت للنظر ارتفاع نسبة الاستجابات الى ٩٠٪ حيث أكدت هذه النسبة الغالبة صدق هذا الافتراض وذهبت العينة الى ان مظاهر هذا التأثير يتمثل في تكرار مرات الرسوب بنسبة ٤٤٪ ثم انخفاض التقديرات ٣١٪ ، تكرار اخطار المدرسة ١٧٪ ، التزوير في الدرجات ٧٪ .

اما عن اسباب التعاطي من وجهة نظر الآباء ، فقد انحصرت في غالبيتها في اتجاههم نحو سبب رئيسي واحد من وجهة نظرهم رغم ورود أربعة أسباب عامة ، هو سهولة الحصول على المخدر ٩١٪ ، اما الذين عدلوا اسبابا اخرى لم تزد نسبتهم عن ٩٪ ، ان ثمة اختلافا واضحا بين الآباء والابناء الذين انحصرت اسبابهم في الرغبة في التجريب ثم الصحة ثم وسائل الاعلام ثم سهولة الحصول على المخدر وقد جاء في المرتبة الرابعة ونسبة لا تزيد عن ١٦٪ ، ويبدو ان السبب في اختلاف الرؤيا مرده الى الوسط او المناخ الذي يتعامل من خلاله الآباء والابناء ، فاعتقاد الآباء مرده لكونهم ملاحظين للمظاهرة من الخارج وربما عن بعد أما الطلاب فلهم رؤيتهم الذاتية المستمدة اساسا من تفاعلاتهم مع الآخرين ممن يتعاطون ، غير ان هذا لا يعني صدق رؤية طرف بالنسبة للآخر وإنما نحن بصدد رؤية متباينة لجيلين مختلفين لنفس المظاهرة .

اما عن الاسباب الاجتماعية للتعاطي من وجهة نظر الآباء فقد انحصرت في التدليل الزائد من احد الوالدين ١٧٪ ، يلي ذلك المشكلات المستمرة بين الابن والام ١٥٪ ثم افتقاد القدوة الحسنة ١٤٪ وعدم القدرة على شغل وقت الفراغ ١٤٪ ، القسوة الشديدة ١١٪ ، فالاقامة مع زوجة الاب او زوج الام ٦٪ ... الخ .

ثم يلي ذلك الاسباب الاقتصادية والتي انحصرت في سهولة الحصول على المخدر (كان السبب الأكثر شيوعا في الاسباب العامة) ٢٨٪ ، ثم الغنى أو السعة المادية ٣٥٪ ، ثم الفقر والرغبة في المغامرة من اجل الحصول على مزيد من المال ٢٦٪ ، فاذا انتقلنا الى الاسباب التربوية فقد ركز الآباء على عدم الميل للدراسة ٤٠٪ ثم يليه ويفارق نسبي بسيط الفضل الدراسي ٢٧٪ ثم تأتي بعد ذلك اسباب اخرى لعل اهمها عدم ملامة المناخ الدراسي ١٦٪ ثم صعوبة المقررات ... الخ .

فاذا انتقلنا الى طبيعة المشكلات المترتبة على التعاطي من وجهة نظر الاباء لوجدنا ان استجاباتهم لا تخرج كثيرا عما ذهب اليه الابناء اورواد الاسر والفصول وان جاءت في مقدمة المشكلات « التأخر الدراسي » والانتقطاع عن الدراسة ، ثم الاساءة الى سمعة العائلة ثم يلي ذلك وبفروق احصائية واضحة الضبط والتوقيف في جريمة ، ثم التقليد بين الاخوة الخ ، وأيا كان الأمر فإن المشكلات تتصافر وتتداخل وقد يؤدي بعضها الى البعض الآخر وتسم بالشمولية اي تتناول الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والقانونية ، انها تخرج عن دائرة الفرد الى الجماعة القرابية التي تنتمي اليها .

ويتهيء الاباء الى عدم كفاية دور المدرسة في التصدي للمشكلة ٨١٪ ان انحصرت تبريراتهم في ضرورة تعاون المدرسة والبيت ٣٢٪ وهذا من المتعذر حدوثه ، في حين افضى اخرون الى ان المشكلة لها ابعاد متعددة ومعقدة ٢٢٪ ، بينما ذهب آخرون الى عدم كفاية الامكانات للتصدي للمشكلة ، بيد ان هناك آخرون يرون ان المشكلة يجب ان تظل بعيدا عن المدرسة وان تنحصر في نطاق الاسرة ١٧٪ .

ثالثا : اتجاهات رواد الاسر والفصول والاختصاصيين نحو التعاطي :

واذا كان ادراك الظاهرة والوعي بها عند الآباء واضحا الى حد كبير اذ ذهب ٨٠٪ الى تأكيدها والاعتراف بها ، في حين ذهب الابناء ٦٨٪ اي بفروق احصائية واضحة الى تأكيد وجود الظاهرة فان استجابات هيئة التدريس والاختصاصيين جاءت محدودة الى حد بعيد اذا ما قورنت باستجابات الاباء أو الابناء ، لقد أثر ٤٩٪ الامتناع عن الاجابة عن التساؤل الخاص بوجود ظاهرة التعاطي بالمدرسة وتلك نسبة بالغة الارتفاع وذلك مرده كما ادرك الباحثون الى الخوف والشك والريبة وخشية التورط والخوض في مثل هذه الموضوعات . لقد بدا احجامهم واضحا حين اردنا توضيح تقديراتهم التقريبية لحالات التعاطي بالمدرسة اذ امتنع ٦٢,٥٪ عن الاجابة للاسباب التي اشرنا اليها ، لكن ما هيمن ان ٣٧,٥٪ قدموا تقديراتهم في هذا الصدد وهذا ان دل على شيء انما يدل على وجود الظاهرة وانتشارها الى حد بعيد .

فاذا انتقلنا الى الملامح الجسمية والنفسية والاجتماعية والسلوكية لوجدنا الموقف يتكرر مرة اخرى ، بينما ذهب ٧٢٪ من الطلاب الى امكانية التمييز بين هذه الملامح ، ٧٠٪ من الآباء الى سهولة التمييز بين المتعاطين وغير المتعاطين ، تنخفض النسبة الى ٣٩٪ لدى المدرسين والاختصاصيين وهذا مؤشر بالغ الاهمية ، ان ملاحظتهم لمثل هذه الظواهر أمر ميسور بل ومتاح الى حد بعيد ، بل ان خبراتهم وقدراتهم ، بل وفترة اقامتهم في هذه المدارس تمكنهم من

ملاحظة هذه السمات ، وليس هناك تبرير عقلائي لانخفاض معدلات القادرين منهم على التمييز وهذا الموقف السلبي سوى الخوف والتحفّظ والتردد كما سبق ان أشرنا او الى رغبة البعض منهم الى عدم التسرع في الحكم على المتعاطين .

اما عن الاسباب المؤدية للتعاطي فقد جاءت استجابات المدرسين متسقة مع استجابات الطلاب من حيث نوعياتها وقد انحصرت في الصحة اولا ثم الرغبة في التجريب ثانيا (فضلا عن اسباب اخرى) وان اختلفت في الترتيب وبغير فروق احصائية تذكر على عكس الالباء الذين ركزوا كما سبق الاشارة الى سهولة الحصول على المخدر ، وليس ثمة تبرير لهذه النتيجة الا ان الطلاب والاساتذة انما يشاركون في نفس المناخ بل ويشاركون الى حد ما في مجال للتفاعل مشترك من هنا كانت رؤيتهم مغايرة لأولياء الامور الذين وعلى الرغم من تواجدهم سلبا او ايجابا في البناء الاسرى يقومون بدور الملاحظ الخارجي ومن ثم غاب عنهم كيف تؤثر الصحة او تلعب الرغبة في التجريب دورا فاعلا .

فاذا انتقلنا الى المشكلات المترتبة على التعاطي لوجدنا ان هناك اجماعا يمثل ٨٦,٨٪ من العينة على ان التعاطي يؤدي حتما الى التأخر الدراسي ٤٣,١٪ والانقطاع عن الدراسة ٢٩,٣٪ وفقدان الفرصة التعليمية ١٤,٤٪ . وتلك نسبة مرتفعة اذا قورنت برؤية الالباء في هذا الصدد والتي لم تتجاوز نسبتهم ٣٧٪ ، واتجاهات الالباء ٢٧٪ ، ولاشك ان هذا التباين الواضح مرده الى ان اعضاء الهيئة التدريسية ومن واقع خبرتهم الطويلة يدركون ان المتعاطين سرعان ما يفقدون الاهتمام بالدراسة وقد يؤدي هذا الى تأخيرهم الدراسي وبالتالي فقدان الفرصة التعليمية ، وأيا كان الامر فان رؤية اعضاء هيئة التدريس اكثر شمولاً واكثر علماً بما يتصل بعملهم من الفئتين الاخرين . والجدير بالذكر ان اعضاء هيئة التدريس قد انفردوا بالاشارة الى ان التعاطي يؤدي الى ارتكاب الجرائم (١٢,١٪) وان انحصرت تصوراتهم في السرقة والزنا ، وعلى الرغم من معقولية هذا التفسير ، الا ان التساؤل عن وجود علاقة سببية بين تعاطي المخدرات والجريمة مازالت قيد البحث .

ولا نستطيع ان نقف في تحليلنا عند هذا الحد دون ان نعرض لدور اعضاء الهيئة التدريسية للحد من تفاقم المشكلة .

اجمع الطلاب ٧٥٪ وأولياء الامور ٨١٪ على عدم كفاية دور المدرسة في التصدي للمشكلة ولكل تبريراته التي سبق الاشارة اليها تفصيلا خلال هذا التقرير ، الا انه من الملائم هنا ان نعرض لاستجابات اعضاء هيئة التدريس للتساؤل المرتبط بمحاولتهم التدخل للحد من انتشار

التعاطي بين الطلاب . وتفيد الملاحظة الاحصائية أن ٦٠,٦٪ من رواد الاسر والفصول والاختصاصيين كانت لهم محاولات ذاتية في حين نفت ١٢,٥٪ تصديها لمواجهة المشكلة وبررت تلك الاخيرة تقاعسها بعدم جدوى المحاولة او ان التدخل ليس من صلاحياتهم ، أو أن الطلاب ينقطعون عادة عن المدرسة ، أو عدم استجابة المتعاطين ، أو عدم وجود تيسيرات كافية لعقد الندوات للتوعية والارشاد ، بل ذهب نسبة وان تضاءلت الى عدم استجابة اولياء الأمور .

أما أولئك الذين تصلوا للمشكلة فكانت لهم اجراءاتهم التي اتخذوها للحد من تفاقم المشكلة والتي تمثلت في النصيح والارشاد وشرح الاضرار الناتجة عن الادمان في حين ذهب آخرون الى أن دورهم توقف عند مجرد اخطار ادارة المدرسة ، وذهبت فئة مماثلة الى انهم اتصلوا بأولياء امورهم لتبصيرهم بحالة ابنائهم ، في حين ذهب البعض الى أن دورهم انحصر في مجرد تحويلهم الى وحدة رعاية البالغين . . . الخ .

الفصل الرابع
التقرير الثاني
دراسة الحالة
Case Study

مقدمة :

تعتبر دراسة الحالة إحدى الوسائل المنهجية(*) لجمع المادة وهي تركز أساسا على موقف شمولي بالنسبة للفرد ، بحيث نمكثنا من تتبع الأحداث المرتبطة بالسلوك وترتبط أساسا باختيار حالات معينة ودراستها بطريقة مركزة ، مجرد تتبع الأحداث التي تقع في حياة الفرد منذ ولادته ، وعادة ما يحاول الباحث الوقوف عند الأحداث وثيقة الصلة بموضوع بحثه^(١) ، بل يمكن القول أنها وسيلة أساسية لعبت دورا هاما وأفادت - كما سوف نرى بعد قليل - في جمع مادة اثنوجرافية عن الظروف والملايسات الاجتماعية والاقتصادية للمتعاطي ، أسلوب التنشئة الاجتماعية ، السلطة الوالدية ، العلاقات الأسرية ، التكيف والتوافق الأسري ، التاريخ الادماني ، مدى احساس المدمن بالمشكلة ... الخ .

ولاشك أننا ونحن بصدد استخدام دراسة الحالة اعتمدنا على تاريخ الحياة Life History ، حيث استهدفنا أساسا تقصي ملايسات دورة حياة الفرد واكتسابه لخصائص سلوكية ، والحوادث التي عايشها ، وخبراته وانجهاته ... الخ .

وإذا كان هناك اعتراض على دراسة الحالة يتمثل هنا في عدم القدرة على مراجعة أسلوب التنشئة أو العلاقات الأسرية أو التكيف أو التوافق الأسري ... واخضاعها للملاحظة الموضوعية ، إلا أنه تجدر الإشارة أننا في محاولتنا تلك نستهدف البحث عن ممارسات التنشئة الاجتماعية وطبيعة العلاقات الأسرية أكثر من كوننا نبحت عن الزيف واليقين ... بيد أن هناك نقدا آخر أن هذه الوسيلة أو الأداة المنهجية تفتقر إلى التمثيل Representation ، أي مدى تمثيلها لجميع مفردات المدمنين ولكن في الحقيقة أن الحالات التي أجريت لها دراسة حالة كانت كافية إلى حد ما ، فالغرض هو الكشف عن العوامل الاجتماعية التي تكمن وراء الظاهرة ، وقد أمكثنا الوصول إليها من خلال معالجتنا لهذه الحالات العشر .

وعلى الرغم من أوجه النقد هذه فإننا نعتبر دراسة الحالة بمثابة وسيلة توضيحية أمدتنا بمادة استكشافية ، بل ألقت الضوء على الخصائص والملامح الفردية التي ندرسها كما سوف نرى .

* هناك خلاف منهجي حول اعتبار دراسة الحالة Case Study منهج أو أداة لجمع المادة .

المخصائص العامة للحالات :

الخصبة	الس	المسوى التدمري	الزئبق	الحالة الاجتماعية	وجود الأب أو طيه	وجود الأم أو غيرها	عدد مرات الزواج للأب	عدد مرات الزواج للأم	القسوة في الرضعة المعنية
٢٥	أول اعتدائي (د.ب.م)	الأصفر	لم يتزوج	موجودة	موجودة	ثلاث مرات	مرة	الممنوع - والدته فقط	
٢٦	ثانية اعتدائي (د.ب.م)	الأصفر	١١	غير موجودة	١١	ثلاث	مرة	الممنوع - الأم ؛ أختها وأخوات	
٢٧	أول اعتدائي (م)	الساخن	١١	موجودة	١١	مرة	مرات	الممنوع - الأب - الأم - الأخوة والأخوات (أخ مطلق)	
٢٨	المخصص اعتدائي (د.ب.م)	الساخن	١١	غير موجود (متوفي)	١١	مرة	مرة	الممنوع - الأم - أختها - است مطلق ولولادة	
٢٩	ثانية عامة	وجد الأم والأب ولد حامل	١١	١١	١١	١١	١١	الممنوع - الأم - الأخوة (أخ متزوج - است متزوجة - راس)	
٣٥	ثانية عامة - عتقة - الكركرية (د.ب.م)	القي (الكركرية في الذكور) لا توجد أولاد	١١	غير موجود	غير موجود	أربع مرات	مرات	الممنوع - الزوجة والأولاد فقط	
٣٦	الساخن الاعتدائي (م)	الأكبر	متزوج ولد ولدان وست	موجود	موجودة	ثلاث مرات	مرة	الممنوع - الزوجة والأولاد فقط	
٣٨	الزواج الابتدائي (د.ب.م)	الأصفر	لم يتزوج	موجودة	موجودة	مرتين	مرة	الممنوع - الأم - الأخوة والأخوات	
٣٩	الثاني الثاني (م)	الظلم	لم يتزوج	موجودة	موجودة	مرتين	مرة	الممنوع - الأب - الأم - الأخوة والأخوات	
٣٩	الأول الثاني الثاني (م.ب.م)	المخصص (الأصفر)	متزوج ولم يتجنب موجود	غير موجودة (ولد)	مرة	مرة	مرة	الممنوع - الزوجة - الأب - الأخوة	

وكما هو واضح في الحالات العشر أن أعمارهم تتراوح بين ٢٢ و ٣٥ عاما بمتوسط عمري ٢٨ عاما ، وأن المستوى التعليمي لهذه الحالات يتراوح بين المرحلة الابتدائية (ثلاث حالات) والمرحلة الاعدادية (ثلاث حالات) والمرحلة الثانوية (حالتان أتمتا + حالتان لم يتم) .

ومما تجدر الإشارة إليه أن غالبية هذه الحالات العشر قد تسربت في إحدى المراحل التعليمية ٨٠٪ إذ لا توجد سوى حالتان فقط أتمتا الثانوية العامة ، في حين تركت بقية الحالات التعليم دون الانتهاء من المرحلة التعليمية .

وجاء ترتيب المدمن بين الاخوة في الحالات العشر على النحو التالي :

الأصغر في أربع حالات بين الأخوة والأخوات والأكبر في حالة واحدة ، ووحيد الابوين في أخرى في حين جاء ترتيب المدمن في بقية الحالات الأكبر بين الذكور والثاني في ترتيب الأخوة والأخوات ، وفي حالات أخرى الثالث والسادس والسابع .

أما عن الحالة الاجتماعية : ست حالات لم تتزوج أبدا (أعزب) ، وفي حالة متزوج ولا يعول ، في حين ثلاث حالات من المتزوجين ولديهم أبناء .

أما عن وجود الأب والأم فقد أشارت ست حالات بوجود الأب ، وثلاث حالات بوجود الأم ، في حين ذهبت ثلاث حالات بعدم وجود الأب لوفاته ، وحالة واحدة بعدم وجود الأم لوفاتها ، وذكرت إحدى الحالات عن عدم وجود الأب وغيابه دون توضيح يذكر وذكرت حالة أخرى بعدم وجود الأم في الوحدة المعيشية .

أما عن تعدد الزوجات بالنسبة للأب فقد كشفت دراسة الحالة عن أن ٦٠٪ من أباء المدمنين قد مارسوا التعدد ، حالتان ثلاثة زيجات ، ثلاث حالات زيجتان وحالة واحدة أربع زيجات ، في حين بلغت نسبة أولئك الذين لم يمارسوا التعدد ٤٠٪ (أربع حالات) .

أما بالنسبة للأم فقد جاءت معظم الحالات ٨٠٪ (٨ حالات) لم تتزوج الأم سوى مرة واحدة في حين وجدت حالتان فقط تزوجت الأم مرتين وكلاهما بعد الانفصال (الطلاق) من الزيجة الأولى .

أما عن وجود الأب أو غيابه عن الوحدة المعيشية Household فتفيد المادة المعطاه عن تواجده في أربع حالات فقط ، فإذا استبعدت حالات الوفاة (ثلاثة) لوجدنا أن هناك ثلاث حالات

لا يقيم فيها الأب مع ابنائه وربما مرد ذلك لوجود أكثر من زوجة أو لوجود نوع من الانفصال في المعيشة أو الاستقلال عن العائلة .

وسوف نحاول فيما يلي أن نعرض لـ :

أولا : طبيعة العلاقات الأسرية (علاقة المدمن بالأب أو الأم) ، والعلاقات بالاخوة والاخوات .

ثانيا : مدى التكيف أو التوافق الأسرى .

ثالثا : العلاقات بالأصدقاء

رابعا : الحالة الصحية والمزاجية .

خامسا : التاريخ الادمانى (بداية التعاطي ، الاعتداء على مخدر أو أكثر ، تأثير غياب المخدر ، تدبير نفقات المخدر ومصادر الحصول عليه ، طريقة التعاطي) .

سادسا : الشعور الذاتى بالمشكلة .

في محاولة لالقاء الضوء على العوامل الاجتماعية التي ساهمت في تعاطي المخدرات ونعجن لن نصادر منذ البداية فحاول البرهنة على أن تعاطي المخدرات ظاهرة اجتماعية بحتة وإن كنا نميل الى القول بأن الادمان نتاج عوامل اجتماعية سيكولوجية فيسولوجية ، وحتى إذا سلمنا بالرأي القائل بأن الادمان اضطراب في السلوك أو تحول الى نوع من السلوك غير السوي ، فإن هذا قد يعطينا المشرعية في البحث عن العوامل الاجتماعية التي أدت الى هذا الاضطراب أو هذا النوع من السلوك ، وربما كانت معالجتنا هذه تهدف الى تحقيق هذا الغرض :

أولا : طبيعة العلاقات الأسرية :

(أ) العلاقة بين الأب والابن :

في جميع الحالات لم يكن الأب مثلاً أعلى ، بل ان العلاقة كثيراً ما تتسم بالسطحية ، مجرد علاقة عادية ، الدعم العاطفي محدود ، تبادل الرأي والمشورة نادر ، النصيح والارشاد في أضيق نطاق . . . الخ باستثناء حالة واحدة ذهبت الى أن العلاقة بالأب قوية مشوبة بالمشاعر الطيبة ، وإن كانت جميع الحالات ترى انعدام التفاعل المستمر بل وغياب الأب عن مجال التفاعل يقول أحدهم « لا نراه إلا نادراً لكثرة مشاغله وتعدد زوجاته » ، ويقول آخر « لا أراه إلا نادراً متزوج من الكويت منذ عشرة سنوات مرة كل شهر أو شهرين » ، ويقول ثالث « أبي كان عصياً تتباه حالة اھتياج ېذهب للعلاج في مصر وشيراز ، أتجنبه ولا أتبادل معه الرأي والمشورة ، أحاول ارضائه وأتحاشي مضايقته . . . » .

أما عن الثواب والعقاب والقيود على الحرية الشخصية فقد انقسمت الآراء والاتجاهات ، والبعض يرى أن ليس هناك قيود على الإطلاق ، بل ليس هناك اثابة أو عقاب ، فتور في العلاقة والاستجابة للرغبات محدودة وفي أضيق نطاق نظرا لتعدد زوجاته وكثرة مشاغله « متساهل دائما قلما أقابله وحتى إذا غبت عن البيت لا يحس بغياي » ويقول ثالث « لا ثواب وعقاب ولا تأنيب ولا حرمان كل في حاله . . . » .

في حين يذهب فريق آخر الى أن اهتمام الأب كان محدودا لا يستشعر وجوده إلا إذا أخطأ ، يعاقبه دوما لاتفه الاسباب ، كما يتسم عقابه بالقسوة يقول أحدهم « كان قاسيا في معاملتي عندما يستشعر خطأ في تصرفاتي ، يربطني في الحائط أو يتركني في الشمس ، يحرمي من النقود ومن الذهاب الى البحر » . ويقول آخر (الأكبر من الذكور والثاني للاناث) « يعاقبني دوما حتى أكون عبرة للآخرين والعقاب البدني محجوز من الصباح في غرفة أو مربوط في شجرة . . . » .

وتكاد تجمع الحالات على تفضيل الأم على الأب باستثناء حالة واحدة ولهم في ذلك مبررات تنحصر في :

- (١) غيابه عن البيت لانشغاله وتعدد زوجاته .
- (٢) حالة الأب النفسية أو المزاجية تحول دون تأثيره .
- (٣) سلبية الأب أو غيابه أعطى الأم حرية التصرف وحق اتخاذ القرار ، من هنا كان دور الأب محدودا ، فاذا ما أثبتت مشكلة فإن الابن سرعان ما يعرضها على أمه أو أخيه يقول أحدهم « عندما يكون عندي مشكلة أعرضها على والدتي أو أخي العود أو الأصغر فانا احبه أكثر من الآخرين أنه أقرب إلى نفسي ، عندما ادمنت وطلبت المال كان يعطيني . . . » ويقول آخر « كان والدتي يستحي أن يرشدني ، لما أخذت سيارة أخي اغتاز وحاول ضربي بالحديدة لعدم وجود رخصة عندي ، وحاولت أمي أن تهديه ، الوالدة شوية حارة . . » . ويقول ثالث « كان عنده جبروت يعاقب في أي وقت ويفضب في أي وقت . . . » .

(ب) العلاقة بين الأم والابن :

تكشف دراسة الحالة عن دور متميز للأم ، وربما مرد ذلك لغياب الاب كما سبق أن أسلفنا لفترات قد تطول أو تقصر ، وأيا كان الأمر فإن الغالبية من الحالات تفضل الأم عن الاب نظرا

لدورها في الدعم المادي والعاطفي المستمر والاستجابة دوما للطلبات .

« دائما تعطيني نقود ، تأخذني للسوق وتشتري لي « سيكل » أو « ساعة » عندما كنت مدمن هيروين ، ابر ابغي فلوس تنصح وتعطي » ... « تحاول الاستجابة لكل رغباتي ، عارفة ظروفك كانت تبادر بمفاتيح لاعطائي نقود قسط سيارة حق الرحلة ، حق المصرف ، كل مرة ٥٠ ، ١٠٠ » « دائما تخاف علي وتقول أنا حلمانه فيك ... كنت استبد برأيي وكانت تستجيب لي مجرد أعمل نفسي زعلان تأتي لترضييني ، أقول لها أنت بخيلة تحط في خاطرها وتبجي تراضيني » .

وتكشف دراسة الحالة عن وجود نوع من العاطفة القوية تجاه الابناء وانعدام الخوف منها وتساهلها في المعاملة .. يقول أحدهم « لم أتهاوش معها إلا مرة واحدة عندما يأتي أحد من الربع وترفض الاعلان عن وجودي » ، ويقول آخر « أنا لا أخاف منها لم نقسو علي ، مرة طردتني كنت متهاوش مع أخي بسبب الميروين اخذه من الكبت وأنا نايم طردتني ذهبت إلى بيت عمي وبعد ١٠ دقائق حضرت وأخذتني وحاولت ترضيني » . ويبدو التساهل في المعاملة حتى في أشد حالات التسبب « المبيت خارج البيت » كنت أبيت خارج البيت مجرد أخبرها أنني كنت عند عمي انتهى الأمر ... عمي مريضة ولا تغادر حجرتها وأنا مع أولادها في المجلس .. عمي لا تحس بشيء » .

(ج) العلاقة بين الأخوة والاخوات :

يمكن القول أن طبيعة العلاقات بين الأخوة تسير في الاتجاهات التالية :

(١) علاقات ودية بين الأخوة وخاصة بين أولئك الذين يتعاطون نفس المخدر :

« اخوتي الذكور مدمنين ، الكبير يشرب الخمر ويتعاطي الحشيش والأصفر يتعاطي الحشيش والميروين ، وأنا أتعاطي الميروين والحشيش والجوب والابر ... ابتعد عن الأكبر لأنه لا يتعاطي الميروين والابر ، أما أخي (ع) و(س) وأنا فيه صحة قوية بيتنا لأننا نتعاطي الميروين ، الكبير ما يقعد معنا إلا إذا كان معنا حشيش ... يمكن يفضل ابن عمي لأنه يستخدم حشيش مثله ... » .

(٢) علاقات ودية مع أولئك الذين يقدمون الدعم المادي والمعنوي باستمرار :

« إذا احتجت أروح حق اختي المتزوجة ممكن تعطي ٣٠٠ ، ٢٠٠ ، ١٠٠ ، أحكي

دائما لآخي الاصغر ، أعمل معه هواش لكن دائما مع بعض يعطيني ابرة وأعطيه ابرة » .

ويقول آخر : « أفضل أخواتي الاناث ... متزوجة وعمرها ٢٣ سنة ، ما قصرت في أي شيء أبني منها ، ما ترد لي طلب أي شيء تعطيني » .
ويقول ثالث : « لو احتجت شيء أروح حق الوالدة ثم اختي المتزوجة ثم اخي الاكبر ماسك شوي ، كان قبل ما يتزوج يراعييني ويصحيني للملعب ويسليني ويصرف عليّ ... » .

(٣) العلاقات تسم بالفقور والفقور إذا ما بدا في الاتفاق تعارض في الرغبات والمصالح المرتبطة بالادمان وتمويله وتجمعات المدمنين ، تميل للعزلة مع صغار السن من الذكور والاناث أو مع الاخوة غير الاشقاء .

« أحيانا يصير حساسية بيني وبين أي واحد منهم إذا منعني من أي شيء » « لي أخوة من الوالد ثلاثة ذكور واثنين من الاناث لم ازورهم من خمس شهور » .

(٤) مناقشة المشكلات التي يصادفها المدمن (الحصول على المخدر ، المال ...) مع الأخوة من الذكور خاصة المدمنين ، مع الأم خاصة إذا تعلق بمشكلة التمويل للحصول على المخدر ، وقد ذكرت سبع حالات Cases أنها لا تناقش مثل هذه المشكلات مع الاباء على الاطلاق . اذا كان عندي مشكلة أقولها حق الوالدة ثم اخي الاكبر أقرب أخوتي الى قلبي رضيعتي ... ما قصرت » .

(٥) قضاء وقت الفراغ قسمة مشتركة بين الأخوة خاصة المدمنين منهم والاصدقاء وغالبا ما يشاركون في رحلات البر والبحر ومشاهدة افلام الفيديو وقد يتجمعون في القهوة أو في بيت خال .

« أروح البركشته مع الربع وأخي الاصغر » ، « نتجمع في بيت عمي ، بيت خالي ، لأن العمة مريضة بالقلب والشلل والبنت انحوزت » .

ثانيا : التكيف أو التوافق الأسري ، العلاقة بين الاب والأم :

أجمعت سبع حالات عن سوء التوافق بين الأب والأم ، واتسمت العلاقة بسهات أو خصائص معينة وإن تباينت فيها بينها الى حد كبير لتكشف عن نوع ما من سوء التوافق أو التفكك الأسري :

(١) ادمان الأب في حالات أربعة حال دون قيام علاقات ودية مع الأم ، الغياب لفترات طويلة ولساعات متأخرة ، الانصراف الى « الربيع » أي جماعة الاصدقاء والتردد على المقاهي وبالتالي استنزاف جزء كبير من الدخل لتوفير المخدر ، الأمر الذي ترتب عليه وجود نوع من التشجار والعراك المستمر ، وانعدام الاحترام بين الطرفين ، « الأب يتردد على ربه مدمن حشيش وخمر ، أثر عليه ، أصيب بالربو ، طاح مريض ، كان يجيء الحمر والحشيش في السيارة وفي الكبت . . . أخى العود وأمي رفضوا دخول أي واحد البيت . . . » .

(٢) العلاقة تسم بعدم الثقة والغيرة وبالتالي كثرة المشاجرات والتي ترتب عليها الانفصال في إحدى الحالات . « كثرت المشاجرات في الايام الاخيرة بسبب الغيرة بين الطرفين ، الأب يغير على الأم والأم تغير على الأب ، حتى زواج البنت تم برغبة الأم لأنها كانت منفصلة وما زال الأب رافض لهذه الزيجة » .

(٣) السلبية واللامبالاة بين الزوجين والتي ترتبت على التعدد (٦ حالات) ! من ناحية والادمان المستمر من ناحية أخرى ، وفروق في السن تجاوزت في إحدى الحالات ٣٥ عاما الأمر الذي ترتب عليه انعدام التجانس أو التوافق بينها . « لا يتم به ولا يتم بها ، إهمال كلي ليس هناك مجال أكثر من السلام » ويقول آخر « علاقة سلبية للغاية كل واحد عايش في دنيا لوحده بعيدا عن الآخر » ، ويقول ثالث : « كان أبي أكبر من أمي بأكثر من ٣٥ عاما ، القرار من جانب واحد ، متسلط قررت أمي المهجران بعد كبر الأولاد ، حياتها خشنة قاسية ، فيها اكراه ، اللوم مستمر لاهلها . . . » .

(٤) التسلط والسيطرة وحرية اتخاذ القرار من جانب الأب في بعض الحالات ، ومن جانب الأم في حالات أخرى : « كنتك التي ترتبت على ادمان الاب وسوء حالته الصحية أو غيابه المستمر نتيجة تعدد الزوجات وكثرة المشاغل أو نتيجة للانفصال) . ويقول أحدهم : « كانت « أمي قليلة الحيلة والوالد متسلط وقراراته هي التي تنفذ » .

ويقول آخر : « كانت تحاول نقد سلوكه في الادمان يعاند ويستغل قوته في التحدي وجبارها على عمل أي شيء ، ضعف الوالدة واحتياجها ووجود الأطفال جعلها تستبعد فكرة الطلاق » .

أما أولئك الذين جاءوا من أسر كانت فيها السيطرة واتخاذ القرار من جانب الأم فيقولون « أمي كانت تنصرف في كل شيء لأنه لا يستطيع فعل شيء ، الربو ، الكبد . . جميع القرارات من جانب الأم والأخ العود » .
ويقول آخر : « نتيجة لحالته العصبية وحالة الهياج التي يعيشها كانت القرارات من جانب الأم » .

(٥) الرؤية الشخصية للعلاقة بين الأب والأم من وجهة نظر المدمن ، أجمعت معظم الحالات على أن العلاقة تنسم بالفتور ، وأنها سيئة ، وأن هناك شعورا بالضعف وقلة الحيلة من جانب والسيطرة من جانب آخر ، كل يعيش في عالمه .

ثالثا : العلاقات بالأصدقاء :

لا شك أن الصداقة تخلق نوعا من المشاركة الوجدانية ، إذا ما كان هناك تشابه في التفكير ، والميول والاتجاهات ، يقول Tonnies إنها نابعة من المشاركة الوجدانية التي تحدث نتيجة المشابهة في العمل واتجاهات التفكير^(٦) . إن اهتمامنا بالصداقة هنا يرجع في المحل الأول إلى الرغبة في معرفة أثر الصداقة أو الرفقة في عملية الادمان ، كيف أنها تساعد أو تلعب دورا في عملية الادمان هذه ، إنها توجد نوعا من المشاركة والمجاملة والالتزام هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن هذه الصداقة قد تكون من السعة والانتشار بحيث تتجاوز الحدود والفواصل العرقية . المهم هنا وجود انماط من السلوك المتبادل والمربط أساسا بالمخدر .

وقد كشفت دراسة الحالة Case Study عن وجود العديد من العلاقات الشخصية بين اثنين من المدمنين أو أكثر يتعاونون من أجل الحصول على المخدر ويشاركون في تناوله ، وقد يدعم كل منهما الآخر في حالة الحاجة إليه بتقديم الفائض للطرف الآخر ، وغالبا ما يتجهون إلى أماكن خاصة متاحة لاحدهما كمتزل خالي أو سيارة في البر أو في البحر وقد أكدت الدراسة وجود مثل هذه العلاقات الثنائية Dyadic Relations ولا تعرف بفواصل الأصل أو المكانة أو تباين السن أو الجنس :

(١) معظم الحالات تقر بوجود علاقات بالأصدقاء ، حالاتان فقط تؤثران العزلة يقول أحدهما « لا أحب أن أقابل أحد أفضل أن أكون بمفردي » ، ويقول الآخر « أميل للعزلة باستمرار . الحشيش يعطيني انطلاقة في التفكير ورغبة في التحرك والعمل ، المخدر يزيل الكسل ، اشرب ويسكي وحشيش كي أريح نفسي وأندمج مع زوجتي » .

(٢) الحرية في اختيار الأصدقاء دون تدخل الأهل سمة مشتركة بين جميع الحالات العشر ، وقد ترفض الأسرة ارتباط الابن بصديق لكن هذا لا يحول دون استمرار العلاقة طالما تحقق نوعاً من الأشباع لطرفيها .

« حرية كاملة في اختيار الأصدقاء ، ولا قيود أسرية ، الشبان يحبوني لأنني ضحوك وقلبي بارد شوي ما أحب الغضب » .

« أنا حر في قضاء وقت فراغي مع أصدقائي أقابلهم يومياً ، دعوة أصدقائي للبيت متيسرة جداً ، أنا حر في مقابلتهم بالخارج في أي وقت أشاء وفي أي لحظة » .

« لم يفرض عليّ والدي أي قيود في زيارة أحد منهم ، لكن والدي حذرتني من أحدهم اتهم بالسرقة دائماً تقول لي - ايش تبغي تمشي معاه ، لم أكن أستطيع الاستغناء عنه ، يشاركني في شراء الهيروين ، تتقابل يومياً من ٥ - ٧ ساعات ، أخي العود يرفض لأنه متفق مع آخرين يتعاطوا حشيش ، الرفض دائماً من العود ، أما والدته إذا هددها بالخروج تسمح لهم بالزيارة لأنها عارفة أنني استخدم ابر ترفع مفاتيح الحمام ودورة المياه عشان ما نفعل شيء » .

(٣) علاقات الصداقة تخضع لبدأ الأهمية النسبية وتعتبر القرابة والعمل وطبيعة المخدر المصادر الرئيسية لقيام هذه العلاقات :

« أصدقائي عيال ربيع واحد عيال خالتي وعمتي » « لي أصدقاء من نفس العيلة ولد خالي أقرب إلى قلبي ، يساعدني ويتأثر بأي شيء يصير لي ، ينام معي لما أمرض يومس خاطري » .

« لي أصدقاء كثيرون كلهم يستعملون هيروين ثلاثة منهم يعملوا عسكر واثان في شركة شل والبحرية ، أقابلهم يومياً اثنان أكبر مني ٢٥ ، ٣٠ وثلاثة أصغر ٢٠ ، ١٩ ، ١٨ » .

« أنا مدمن حشيش وهيروين أحب الاختلاط ، مدمن الايفون يؤثر العزلة ويقعد بنفسه » .

(٤) قضاء وقت الفراغ في تناول المخدر أياً كان نوعه ، إما في المجالس التقليدية إذا اتاحت الفرصة أو في السيارة « خاصة خط دخان » أو « خط الشمال » أو في رحلات البحر ، وعادة ما يدور الحديث حول الحصول على المخدر ، و« السلفات » المرتبطة بالمغامرات النسائية .

رابعاً : الحالة الصحية والمزاجية :

(١) كشفت دراسة الحالة عن الاصابة بأمراض مألوفة وعادية كالحصبة والحمى والانفلونزا . . . الخ ، أما عن حالات الجراحة فقد أشارت إحدى الحالات لعملية الزائدة وحالة أخرى لعملية جراحية لبر الساق إثر حادثة سيارة .

(٢) الشعور بالضعف والهزال (حالتان) وإن كان هذا الاحساس مرتبط إلى حد بعيد بالتعاطي وجرعاته ومواعيده .

(٣) أفادت خمس حالات أن الشعور بالاكتئاب يتناوب بين الحين والآخر ، وقد يرتبط أحياناً بالرغبة في العزلة ، وإن كانت جميع هذه الحالات الخمس قد عبرت عن عدم ارتياحها للظروف المحيطة والمحبة وخاصة العلاقات السلبية بين الأب والام وعدم اكتراث كل منهما بالآخر ، فضلاً عن تعدد الزوجات ووجود أبناء آخرين يحظون بالرعاية والاهتمام من هذه الزوجيات ، الاب ليس له وجود فعلي ، قد تصطبغ العلاقة تجاه الابن بالقسوة . . . الخ .

(٤) أفادت اربع حالات عن شعورها « بالضيق » و « عدم قدرتها على التمييز » لا يعرف ماذا يفعل ؟ . . . « أشعر بالضيق ، الدراسة مراضية تدخل دماغي » « أشعر بالضيق من كثرة المشاكل وأرغب في الانطواء » ، ويقول آخر « اشعر بالاكتئاب والرغبة في الانطواء ، وحتى إذا وجدت مع الآخرين ممن يتعاطون الهيروين فأنا اجلس مغمض العينين ، يقظ لكن نائم ، قد أشعر بالغضب وتتباين حالة عصبية إذا حاول أحدهم أن يخرجني من حالتي تلك » .

(٥) أفادت حالتان أن جو الأسرة المشحون بالتوتر والمشاكل نتيجة العلاقات السلبية بين الأب والام يدفعهما للهروب خارج البيت .

(٦) حالة واحدة من العشر حالات أفادت أن شرب الخمر والحشيش ومواد أخرى منذ عشر سنوات خلق عنده نوعاً من عدم الطموح والشعور باللامبالاة ، يقول « أنتازل دائماً للآخرين ، سلمي ، ليس لدي الرغبة في احترام الذات أو الآخرين ، لم افكر في إلغاء الحشيش إلا حين تازمت العلاقة مع زوجتي وهددت بترك البيت » .

خامساً : التاريخ الادعائي :

اسفرت المائدة الاثوخرافية التي استهدفت التاريخ الادعائي عن وجود أربع حالات يتعاطى فيها آباء المدمنين الحشيش ومواد أخرى ، في حين وجدت ست حالات لا يتعاطى فيها الآباء

شيئا ، كما كشفت عن وجود حالتين فقط يتعاطى فيها اخوة المدمنين الحشيش والهرويين ، وإن كانت حالة واحدة يتعاطى فيها الأب والأخوة في وقت واحد ، وعن وجود ثلاث حالات يتعاطى فيها أقارب المدمن العديد من المواد المخدرة (حشيش ، هرويين ، افيون ، جبوب ...) .

انظر الشكل التالي :

الحالة	تعاطي الاباء	تعاطي اخوة	تعاطي أحد الأقارب	تعاطي أحد الأصدقاء
الحالة الأولى	✓			✓
الحالة الثانية				✓
الحالة الثالثة			✓	✓
الحالة الرابعة	✓	✓		✓
الحالة الخامسة	✓			✓
الحالة السادسة		✓	✓	✓
الحالة السابعة	✓	✓		✓
الحالة الثامنة				
الحالة التاسعة			✓	
الحالة العاشرة				

ثانيا : أما عن كيفية بدء التعاطي فقد اسفرت دراسة الحالة عن أن البداية كانت التدخين في ست حالات والخمور في ثلاث حالات ، وكان الباعث في حالتين منها تقليد الوالد خفية يقول أحدهما : « كان عمري ١٧ عاما وكانت البداية تقليد الأب خفية ثم مع ربعي في السيارة والبر » .

في حين أشارت خمس حالات إلى أن البداية تقليد الأصدقاء سواء أكانوا من الأقارب أو من الجوار يقول أحدهم :

« عرفت المخدر مع أصدقاء خرج البلاد في لندن ومانكوك ولبنان والاردن والهند وباكستان ، وكان الدافع إليها الرغبة في التجريب وتقليد الأفلام » ، ويقول آخر : « في سن ١٦ استعملت المخدر وكان هذا في عام ١٩٨٢ حدث لي صراعات ووزعت رجعت » ، أحد أصدقائي قدم لي سيجارة وقال ما تسوى شيء ، عطاني « موش » « موشين » دماغي

انعدلت شوى اندمجت ، نفس الشخص* عرض عليّ مرة أخرى وثالثة .
ويقول ثالث :

« بدأت أدخن السجائر وعمرى ١٠ سنوات ، خربوا صديقي واعطوه حشيش وأمن ، كنت انصحهم وأنا في الرابعة عشرة ، طلب مني يوما أن أجرب جربت كنت أغيب عن البيت وأنام عند صديقي هذا ، لم يعرفوا إلا بعد شهر ، مسكني أخي الأكبر ولعوزني لاني كنت اتعاطى سجائر وحشيش وخر في بيت صديقي هذا » .

كما اشارت حالتان إلى أن الدافع للتعاطي كان التجريب باجتماع من الآخرين . يقول أحدهم « صديق لي في معهد التدريب المهني عرض عليّ للتجريب كمية صغيرة لم أحس بشيء ، كان يقدم لي من حين لآخر حتى تعودت وانتقلت الى الهيروين أحسست وكأنه يغير من تركيبة جسمي ، يغير كياني وشخصيتي » .

في حين أشارت حالة إلى أن البداية كانت رغبة في التخلص من القلق والضيق والاضغوط المحيطة أو طلبا للاسترخاء والمتعة .

يقول : « التعاطي لأول مرة عند صديق صومالي منذ عشر سنوات في منزله بفريج الغانم ، كنت مضطربا وقلقا ، عرض عليّ أن أروّج على النفس وأجرب المخدر » .

وأفادت حالتان أنهما يتعاطيا المخدر بدافع المتعة الجنسية وان ثمة اعتقاد لدى الكثيرين في أنه يساعد على إطالة فترة الاتصال الجنسي ، يقول أحدهما : « كانت لي علاقات جنسية كثيرة مع نساء متزوجات ، المخدر يجعلني مبسوطا لفترة طويلة ، آخر امرأة كانت هندية ، كنت أشرب معها في بيتها لوجودها بمفردها » .

ثالثا :

تشير دراسة الحالة أن جميع الحالات تراوحت أعمارها عند بدء التعاطي ما بين ١٤ عاما و٢٣ عاما وإن انحصرت سبع حالات ما بين ١٤ و١٧ عاما في حين انحصرت ثلاث حالات بين ١٧ ، و٢٣ عاما وهذا يعنى بداية التعاطي ومع سن المراهقة ومرحلة البلوغ وما تتسم به هذه الفترة من جرأة ورغبة في تقليد الآخرين والتشبه بالرجال .

• عندما سئل عن هذا الشخص قال « انه ولد الخال »

يقول محدثي « في عام ١٩٨٠ جاعني واحد أسمر^(*) وقدم لي « افغانية » رفضت عرض علي مرة أخرى قبلت .

رابعا : مكان التعاطي ، أجمعت الآراء عن البحث دوما عن الفرصة المتاحة أيا كانت بيت صديق أو في السيارة أو في البر . . . الخ .

خامسا : أجمعت ثمان حالات عن عدم التحدث الى الوالدين والاخوة في عملية الادمان هذه أنها تتم خفية ، ولم تكن هناك أي محاولة لمناقشة هذا الموضوع صراحة ، في حين ذهبت حالتان الى مناقشة الموضوع مع الوالدين والاخوة ولكن بعد تدهور حالتها الصحية والنفسية ، أما الأولى فتقول : « والذي تضايق ومرض وطلب مني أن أبتعد عن هذه الاشياء أما والذي غضبت ولكني كذبت عليها عشان ما تستمر في غضبها » ، وتذهب الحالة الثانية الى القول : « اكتشف أخي العود فضر بني على الرغم من أنه كان يتعاطى مخدر وكان يحك يدي في الأرض حتى يظهر منها الدم » .

الاعتماد على مخدر أو أكثر :

(١) لم تقتصر أي حالة من حالات الادمان العشر على مخدر واحد ويكاد يكون الخمر والحشيش قسمة مشتركة بين معظم الحالات وان اضاف آخرون الهيروين والحبوب بأنواعها وروش ٢ وروش ٣ وروش ٦ وأتيفان وأرتون وديمكس وف ٤٠ وقال يوم ١٠ ومثللكس . ولم يكن ثمة اشارة الى أي نوع من أنواع المخدرات المعروفة والشائعة والتي جاءت نتيجة الاتصال الثقافي مثل : البترول والصمغ والغراء وروؤوس النمل التي تحرق في سجائر ، سفن أب + بيغ باف وكريم نيفيا بالخبز ، خبز في ماسورة العادم . . الخ والتي أشير اليها عند مناقشة صحيفة الاتجاهات الخاصة بالطلاب . كما كشفت دراسة الحالة عن وجود أنواع متعددة من الحشيش فهناك التولا التايلاندية (عادية ومتوفرة) والتولا الهندية (متوسطة) والافغانية (زيتية فيها وهي لينة) والاسرائيلية (قوية ومنشطة) والباكستانية (ناشفة مافيه زيت) وهي أنواع (١) ، (٢) ، (٣) والنوع الأول أفضل أنواعها . ثم التولا اللبنانية (حلوة لكن عيبها اذا شربت عليها ماء بارد تطير) .

* تشير الحالة الى « ان السمر من اكثر الناس تعاطيا للمخدر » وتبر ذلك بقولها « يمكن الناحية الاقتصادية او اوضاعهم الاجتماعية يمكنهم ان يعمل نفسه قوة ويتكلم من رأس خشمه (متكبر مسكين) محروم من المغازلة »

(٢) أجمعت الحالات العشر على امكانية تعاطي أكثر من مخدر في وقت واحد ، وإن كان الاستغناء عن مادة والانتقال الى أخرى يتوقف على نوع المادة : ان تعاطي الحشيش يمكنه الاستغناء عنه بعض الوقت إذا لم يتيسر وجوده ، وقد أفادت المادة المعطاه إلى أن التعاطي قد يلجأ الى :

(أ) التدخين المفرط كنوع من التعويض ، وخاصة الأنواع الساخنة على حذر عهم (مسمون هولاندي) أو (تنن لف) بمعدل يومي يتراوح بين ٣٠ و ٤٠ سيجارة يوميا .
(ب) اللجوء الى الاكتفيد « دواء كحة » وشرب الزجاجة على مرتين للتهذئة واضعاف تأثير غياب المخدر .

(ج) اللجوء الى الحبوب كبديل للحشيش ولكن بكميات كبيرة وقد يصل الادمان الى ٢٥ او ٣٠ حبة في اليوم ، أما في الحالات البسيطة ٤ أو ٥ حبات تطلحن مع شاي أحمر يتناولها على مدار اليوم إذا زاد الادمان عن ٣٠ حبة قد يحتاج المدمن الى تنظيف المعدة (حالة تسمم) .

ويقول أحدهم « الحشيش لو محصلتها مش مشكلة ، أما الأفيون يدفع الانسان الى أن يقود على زوجته أو اخواته من أجل المال » .

ويقول آخر : « إذا لم أجد الحشيش اشعر بالضيق واذهب الى الصيدلية لشراء حبوب ولكنها ضعيفة روش ٣ ، لم أرغب فيها اقلعت عنها ، اشترى الاكتفيد لكنه ضعيف ولا الجأ اليه إلا إذا لم أحصل على أي قدر من الحشيش » .

(٣) أفادت المادة المعطاه الى أن تغير المبروين صعب للغاية ، يقول أحدهم « انه يطيح مريض إذا لم يستخلمه ، لا يأكل ولا يمشي ولا ينام ، آلام في الجسم ، وإذا حاول تعويضه بحشيش يطيح مريض أكثر ... » .

ويقول آخر : « اتعاطى المخدر ثلاث مرات يوميا ، إذا لم أتناوله لفترة طويلة أشعر بالارهاق والتشنجات والعرق ، بدونه لا أشعر بكياني ، ممكن أشعر بتعب شديد ، المبروين ده مصيبة كبيرة » .

ويقول ثالث : « المبروين غير تركيبة جسمي وكياني وشخصيتي ، حولني الى شخص غير منتج ، لا أستطيع السيطرة على أعصابي أو تفكيري » يجعلني عصبي لاتفه الاسباب ... » .

(٤) تفاوت فترات التعاطي ، فالبعض يتعاطى مرة أو مرتين أو ثلاثة يوميا ، إمرة كل يومين

أو أسبوعيا ، وتتفاوت الكمية المعطاه فالبعض يقوم باعداد أربعة سجائر من « التولا » الواحدة ، وقد تستخدم جميعها يوميا ، وقد تقسم على يومين ، هذا يتوقف على درجة الادمان ومدى توفر أكثر من مخدر والمشاركون في عملية التعاطي .

تدبير نفقات المخدر ومصادر الحصول عليه :

١ - يحاول المدمن عادة استخدام مصادره الخاصة لتمويل التعاطي كالمرتب الشهري أو أي مصادر أخرى للدخل لتوفير ثمن المخدر ، وقد يلجأ في بعض الاحيان - كما أفادت دراسة الحالة - إلى الأم أو أحد الاخوة أو الاخوات أو الاصدقاء لسد احتياجاته . « ادبر ثمن المخدر من راتبي لأنني أعمل واحصل على ٨٠٠٠ ريال شهريا » .

« إن الوالد عندما عرف أنني مدمن قطع المعونة » .

« إذا احتجت أروح حتى اختي المتزوجة ممكن تعطيني ٣٠٠ ، ٢٠٠ ... الخ أي شيء ابغى منها ما قصرت .. » .

٣ - تخضع عمليات تدبير نفقات المخدر لمبدأ التعاون ، مجموعة من الاصدقاء يتعاونون سويا لتدبير المخدر « يقوم الريع بعملية تعاونية يعزمك وتعزمه كل يعطي للآخر ، ممكن صديقك يعطيك ما يدير لك سيجارتين مثلا وتعطيه أنت عندما يكون معك » وإن كان هناك رأي يرى أن مدمن الهيرويين من الصعب أن يقدم للآخرين لارتفاع أسعاره . .

٣ - قد يتم تدبير المخدر عن طريق الاتجار فيه وعادة ما يتم ذلك عن طريقتين :

الأول : يكلف المواطن أحد المقيمين من الهنود مثلا (العاملين في الدوحة) باحضاره بعد أن يزوده بالنقود اللازمة وتذكرة السفر ، ويقوم الهندي بالمغامرة واحضاره كيلو الحشيش مثلا ٢٠,٠٠٠ روبية (نحو ٥٥٠٠ ريالاً قطريا) ، الكيلو في الدوحة قد يتجاوز ٦٠,٠٠٠ ريالاً بالتجزئة .

ويقول آخر « إن أكثر الذين يزودونا بالمخدرات من « السم » ، الشباب بخاف من الدخول في عمليات البيع والشراء ، ومن ثم يبحثون عن الانسان الطيب الي ما يفضحهم » .

(٤) يتم الحصول على الحبوب بأنواعها من مصدرين :

(١) العيادة النفسية

(٢) الصيدليات .

وعادة ما يستعان بالهندي العامل بالصيدلية للحصول عليها روش ٢ ، روش ٣ ، روش ١٠ ، آرتون . . . كما يمكنه أن يدبر احتياجات المدمنين من الاكتيفيد (شراب الكحة) .

طريقة التعاطي :

اولا : تولا الحشيش ١,٥ جرام تقريبا توزع على أربعة سجائر تدخن وفق الرغبة أو عند الحاجة .

ثانيا : طريقة تعاطي الهيروين :

(أ) عن طريق الشم وتسمى أحيانا الطريقة الايرانية :

الأدوات المطلوبة :

— انبوب قصيرة .

— ورقة ألومنيوم (قصدير) يوضع فوقها المخدر .

— فتيل للاشعال .

يشعل الفتيل ، يحترق الهيروين ، يشم المدمن الدخان المتصاعد .

(ب) خلطة مع التن (السجائر) ويدخن

(ج) عن طريق الابرة ، ويتم تحضيره على النحو التالي :

تعد كمية الهيروين المطلوبة نصف جرام + قليل من الماء + لومي (ليمون) نقطة أو نقطتين ، يوضع الخليط في ملعقة ثم تشعل النار أسفل الملعقة باستخدام ولاعة ، يوضع فلتر السجائر في الماء وتشطف منه بواسطة الابرة ، تترك لتبرد ، يحقن المدمن في الدم ، يشعر المدمن بالراحة بعد مضي نحو ٥ ثوان . . والجدير بالذكر أن الفلتر يغير كل ثلاث أو أربع مرات ، وعادة ما يحقن المتعاطي بآبرة يوميا وقد تزداد الى ابرتين أو ثلاث أو أربع أو أكثر في حالات الادمان الشديدة .

ثالثا : تعاطي الحبوب :

أربع أو خمس حبات تطحن مع شاي أحمر

وعما تجدر الإشارة إليه أن هناك غش شائع في تجارة الحشيش والهيروين إذ يخلط الحشيش بالحناء بنسبة ١ : ٤ على التوالي (ربع حشيش ، ثلاثة ارباع حناء) ، أما الهيروين فيخلط إما بلبن النيدو أو الزنجبيل ، وليس ثمة خوف أو تردد من جانب التجار ، كيف يمكن أن تسرب مثل هذه الحالات للشرطة ؟

المشاكل ترتبت على التعاطي :

كشفت المادة الاثنوجرافية للحالات العشر عن حدوث العديد من المشكلات :

(١) مشاكل عائلية : في محيط الاسرة مع الأب والأم والأخوة ، وتزداد المشاكل نفاها كلما اشتدت الحاجة لتدبير المال ، ولاشك أن الادمان يلعب دوراً خطيراً في نفور الاهل من المدمن بل ونفور الناس منه وعزلته .

(٢) الاساءة الى سمعة العائلة ، انتشار أخباره والتعليقات السلبية دوما على أحواله ومظهره « مظهره غير طبيعي » « يبدو ناقص » .. يقول أحدهم « سمعة سيئة في الفريج ، فضيحة وبالذات مع أهل زوجتي ، يطالبوني بالطلاق ، اتألم لهذا الوضع ، اخفيت عنهم حكاية الاصلاحية واضطريت اخبرهم بأنني أعمل في دخان » .

(٣) سوء الحالة الصحية والنفسية (حالات تسمم) ، نوبات صرع وهستيريا ، الشعور بالوهن والضعف .. الخ .

(٤) مشاكل قانونية ، كالضبط والتوقيف في قضية ، والفصل من العمل .

(٥) التخلف الدراسي وعدم القدرة على الاستمرار في التعليم .

(٦) تبديد المال ؛ إذ يرتفع حجم الانفاق على المخدر وفق النوع « هيروين » ، « حشيش » ، « حبوب » .

الشعور الذاتي بالمشكلة :

أفادت جميع الحالات بلا استثناء بأن لديها الاحساس الذاتي بالمشكلة خاصة بعد تدهور الاحوال الصحية والنفسية (حالات اكتئاب ، نوبات صرع ، ضعف وهزال ، حالات تسمم ..) ، وبعد تراكم المشكلات الاجتماعية (سوء السمعة العائلية ، فقد الوظيفة ، تهديد الزوجة بالانفصال ...) ، والمشكلات المالية : تراكم الديون واللجوء دوما للاستدانة من أجل الحصول على المخدر ... من هنا جاء التفكير في ضرورة الاقلاع عن المخدر ، ومحاولات البعض اللجوء الى العيادة النفسية أو السفر للخارج للعلاج .

يقول أحدهم :

« شعرت بالمشكلة وذهبت الى وحدة رعاية البالغين ولم اذهب بعد ذلك ، سافرت للعلاج في مصر في مصحة النيل بالمعادي ، حدث تكوص وعدت مرة أخرى للمخدر » .

ويقول آخر :

« شعرت بالمشكلة وذهبت الى العيادة النفسية للعلاج منذ ستين ، أعطوني رومش ٢ ،
ورومش ١٠ وماجلون ، حقنة خفيفة كنت لا أنام ، تدهورت أحوالي الصحية وتحلفت
دراسيا ، أفكر في ضرورة الأقلع عن المخدر ، لكن ليس عندي القدرة » .

نظرة تحليلية

ينبغي منذ البداية ان نشير الى ان نتائج دراسة الحالة هذه التي اجريناها في نطاق بحث المخدرات يجب ان تظل محدودة بحدود هذه العينة ، ولا يعني هذا اننا نقلل من أهمية استخدام هذه الأداة التي تقوم في اساسها على الملاحظة العلمية والمقابلات المفتوحة وتعطي الفرصة لتداعي الافكار لدى المبحوث ، بل على النقيض من ذلك أن الاعتدال على دراسة الحالة كان مجديا في جمع اكبر قدر من المادة المتاحة وثيقة الصلة بالملمن ، أسلوب تنشئته ، علاقاته بالأب والأم والأخوة والأخوات ، فضلا عن الأصدقاء ، التكيف والتوافق الأسري ، الدافعية الى التعاطي ، التاريخ الأدماي ، تدبير نفقات المخدر ومصادر الحصول عليه ، طريقة التعاطي ، المشاكل المترتبة على الادمان ومدى الشعور الذاتي بالمشكلة . ولاشك انها افادت في امدادنا بمفاهيم جديدة يمكن صياغتها كنوع من الفروض لبحوث جديدة كذلك التي ترتبط بالبناء الطبقي في علاقته بالادمان ، أو علاقة المخدر بمشكلات الشباب بصفة عامة والتي فرضت ذاتها مع المدا الحضاري والانفصال عن الثقافة التقليدية الأمر الذي ترتب عليه حدوث نوع من الاغتراب .

وأيا كان الأمر فإن الدراسة وجهت الانظار الى أهمية البناء الأسري Family Structure والعلاقات الثنائية Dyadic Relations داخل هذا البناء والذي قد يدفع الفرد الى عالم الادمان مثل التفكك الأسري والمرتبط اساسا بسوء التوافق أو التكيف بين الاب والام ، وارتباط ذلك بحالات الطلاق أو الانفصال أو تعدد الزوجات ، وانعكاس ذلك على مدى الاهتمام بالابناء ، والدعم المادي والعاطفي والتوجيه والارشاد ومناقشة المشاكل الشخصية . والسلطة الوالدية وجودها ومدى فعاليتها ، طبيعة علاقة الابناء بالأباء ، الافراط في القسوة أو التليل والتسيب أو التسلط أم ديمقراطية العلاقة ، لقد كشفت دراسة الحالة عن ان معظم المدمنين يعانون من انعدام أو محدودية دور الأب ، اما لغيابه المستمر وانشغاله او لتعدد زوجاته ، اوحالته النفسية والمزاجية او المرضية التي تحول دون فعاليته ، كما اكدت ان الافراط

في التليل كان مدعة للاقبال على التعاطي واستمرارية الامان وكذلك القسوة الزائلة . .
حالة واحدة فقط هي التي ذهبت الى ان هناك نوع من ديمقراطية العلاقة بين الاب وابنه ، وهذا
يتفق تماما مع ما ذهب اليه Soueff (١٩٧٥) و Hunt في نفس العام حين ذهب في معالجتهم
لابعاد العلاقة بين الآباء والابناء من الملمنين الى :

- ١ - حيث العلاقة تتسم بالتسيب يكثر اقبال الابناء على تعاطي المخدرات .
- ٢ - وحيث تتسم العلاقة بالتسلط ، فإن الاقبال على التعاطي متوسطا .
- ٣ - أما إذا كان العلاقة ديمقراطية يسودها التوجيه من ناحية والتفاهم والنصح والارشاد من
ناحية اخرى كان الاقبال على التعاطي محدودا (٣) .

وأيا كان الأمر فإن غياب السلطة الوالدية او التليل من جانب الاب او الام او القسوة
المفرطة من جانبها يرتبط بطريقة أو أخرى بالتعاطي ، ففي جميع هذه الحالات لا يكون لدى
الاب أو الأم الفرصة المواتية لبث القيم والمعايير في نفوس ابناءهم او حتى مجرد حثهم على
الامتثال لنسق التوقعات المعيارية السائدة في مجتمعهم وهذا ما أكده سيوك فيما كتبه عام
١٩٦٤ م حين أشار وبصورة ايجابية الى أهمية فرض الضوابط الوالدية بغية غرس المعايير والمثل
لدى الابناء (٤) .

كما كشفت دراسة الحالة على ان معظم الملمنين (٩٠٪) يتمون الى عائلات او جماعات
اسرية يتعاطى فيها الآباء أو أحد الأخوة أو الأقارب اذا اخذنا في الاعتبار اننا بصدد مجموعة من
الاسر الممتدة Extended Family حيث يعيش الاجداد والابناء المتزوجين وابناء الابناء في
وحدة معيشية او جوار اجتماعي ، وحتى اذا افترضنا اننا بصدد أسر نووية صغيرة فإن ٦٠٪ من
العينة (ست حالات) جاءت من أسر مدمنة يتعاطى فيها الآباء أو الأخوة ، أي ان
« تلشين » الفرد الى عالم المخدرات يتم على ايدي ذويه او جماعة القرابية ، هنا ينبغي ان نركز
على تأثير الخبرة السابقة في تسهيل عملية التعاطي ، ان التعرض لهذه الخبرات وتكرار الخبرة
دوما والتعود على رؤية المخدر والممارسة ، حيث الابن يرى ويراقب ابيه او احد اخوته او
اقرابه . . الامر الذي يغري بدخوله الى عالم الامان ، قد يكون هناك عوامل اخرى مساعلة
(كالسعة المادية واتاحة المخدر بسهولة) الآباء ، احد الأخوة ، الأصدقاء ، الخدم
الخ . الامر الذي يجعل بالامان .

ولاشك ان هناك قصورا في توجيه الاهتمام الى الخبرة الماضية والدوافع الذاتية في تيسير
التعاطي ، وهذا يذكرنا بما ذهب اليه Mr. Nussland في محاضرة القاها في جامعة قطر في خريف

١٩٨٧ ان الوقاية تتطلب التدخل المبكر في حياة الفرد سواء في البيت أو المدرسة أو المجتمع .
فلقد كشفت دراسة الحالة أن أعمار المدمنين تتراوح بين ٢٢ و ٣٥ عاما بمتوسط عمري ٢٨
عاما ، الا ان بداية الادمان كانت دون ذلك بكثير : (٧) حالات بين ١٤ ، وأقل من ١٧ عاما
(٣) حالات بين ١٧ و ٢٣ عاما ، وهذا يتسق الى حد مامع العديد من الابحاث التي تناولت
موضوع ادمان المخدرات ، ففي بحث اجراه سوف ١٩٨٢ في مصر وجد ان مدمني الحشيش
يقبلون على الادمان ما بين ١٦ ، ١٧ عاما^(٥) . أي ان فترة المراهقة هي الفترة الحرجة في الاقبال
على المخدر ، وهذا يقتضى منا ان نكون على وعي بالعوامل التي تساعد على تشكيل خبرة الفرد
وتحديد سلوكه وأسلوب التنشئة الاجتماعية ، سلوك الآباء والاخوة (القدوة الحسنة) ،
اختيار الاصدقاء ، المحاولة المستمرة لغرس القيم والمثل العليا ، البعد عن التدليل او القسوة
المفرطة ... الخ ، فضلا عن وسائل الاعلام (افلام الفيديو صفة خاصة) ، والتي لا تخلو
بين الحين والآخر من افكار وتصورات حول المخدرات وارتباط ذلك بالعديد من جوانب المتعة
واللهو الصارخ .

ولقد كشفت المادة المعطاه عن أن الدافعية للتعاطي تنحصر في :
(أ) التقليد ومحاولة التجريب ومشاركة الآخرين من جماعة الاقارب والاصدقاء (الربع) .
(ب) للترويح عن النفس والتخلص من المتاعب والهموم والتي قد ترتبت نتيجة لعوامل كثيرة في
محاولة لرفض الواقع الاجتماعي المتمثل في غياب السلطة الوالدية نتيجة الانشغال او تعدد
الزوجات ، اهمال الابناء ، وعدم وجود المثل العليا وارتباط ذلك بضعف المعايير
والقيم ، والشعور باللامبالاة او الاحساس بالضيق ... الخ .
(ج) من اجل الممارسات الجنسية .

نحن لانستطيع ان نغفل بأي حال من الاحوال الاطار الثقافي العام والاضاع
الاجتماعية والتي من خلالها تتم عمليات التفاعل المحدودة والمباشرة (بين الفرد
والآخرين) او غير المحدودة وغير المباشرة والتي ترتبط اساسا بالاحوال الاجتماعية
والاقتصادية بوجه عام ، ان تجربة « اصلاحية المدمنين » تشير الى ان هناك العديد من
« السمر » ممن يتعاطون المخدرات اذا ما قورنوا بالجماعة القطرية الاصلية ، وهذا يجعلنا
نتساءل هل هناك علاقة بين الادمان والاحساس بتدني المنزل الاجتماعية ، إن هناك
بحوثا رائدة قد اكدت ذلك ، ففي بحث اجراه Cdere عام ١٩٧٣ اكد فيه وجود علاقة
وثيقة بين الانتهاء الى جماعة التوا TWA (جماعة عرقية صغيرة تعيش في رواندا متدنية في
المنزلة والمكانة الاجتماعية) وبين تعاطي القنب^(٦) .

وإذا كان الامر كذلك فلماذا يمكن ان يقال عن العمالة الاسيوية الوافدة ؟ هذا من ناحية ، ومن ناحية اخرى فاننا لانستطيع ان نفعل اثر العمالة الاسيوية في ادخال المخدرات والترويج لها ، فلقد اجمعت العديد من الحالات على ان الاسيويين يركزون على قطر لارتفاع اسعاره عن اي منطقة اخرى في الخليج اوبتان او مصر ، وان ثمن المخدرات يعتمد في كثير من الاحيان على وزن او سعر محدد ، تلك امور متروكة للاجتهاد الشخصي واستغلال حاجة المدمنين ، « فالتولا » قد يصل سعرها الى مائة ريال او مائة وخمسين او مائتين ، كما ان نسبة المخدر فيها تختلف من « تولا » الى اخرى ومن نوع الى آخر ، فضلا عن عمليات الغش التي انتشرت الى حد بعيد في الآونة الاخيرة .
وأخيرا :

لاشك أن هناك الكثير من الجهود التي يمكن ان يساهم بها الباحث الاجتماعي او الانثربولوجي في معالجة موضوع المخدرات ، وهذا هو الذي دفعنا في البداية الى التأكيد على ضرورة ان تغل النتائج محدودة بمحدودية العينة هذا من ناحية ، ومن ناحية اخرى الى ضرورة تضافر الجهود في مجال الاجتاع والانثربولوجيا والطببسي للكشف عن المزيد من جوانب الظاهرة وأبعادها .

التوصيات

ينبغي أن ننظر الى مواجهة مشكلة تعاطي الشباب نظرة شمولية من حيث الفهم والتفسير ، فالعوامل الاجتماعية والتعليمية والتربوية والقانونية والتشريعية إنما تشكل نسيجاً واحداً متشابك الأجزاء تتفاعل جميعها وتتبادل التأثير والتأثير . ولاشك ان هذه الدراسة التي استهدفت الكشف عن الاتجاهات (لدى الطلاب أو أولياء الامور او اعضاء هيئة التدريس) او تلك التي تمت لعدد من الحالات التي اذمنت بالفعل يمكن ان تلقي الضوء على المداخل المختلفة لمكافحة الظاهرة والتصدي لها .

ولن يتأتى ذلك الا بوضع عدد من الاستراتيجيات :

أولاً : استراتيجية وقائية .

ثانياً : استراتيجية وثيقة الصلة بالبناء الاسرى وما يحويه من علاقات أسرية .

ثالثاً : استراتيجية وثيقة الصلة بالمدرسة والنظام التعليمي (وزارة التربية والتعليم) .

رابعاً : استراتيجية وثيقة الصلة بالمؤسسات المجتمعية الأخرى .

أولاً : الاستراتيجية الوقائية :

وهي تهدف أساساً للتدخل المبكر في حياة الفرد منذ بداية مرحلة المراهقة حيث تنسم هذه الفترة بتطور الميول والاتجاهات وحيث الانفعالات والرغبة في الاستقلال وتحقيق الذات^(٥) والتصرف على غرار الكبار من هنا كان لا بد من التدخل في حياة الافراد لتعزيز نمط من الحياة بعيداً عن التعاطي او الادمان وللوصول الى تهيئة الاذهان لدى المراهقين لادراك المخدرات

* جاء في مقدمة « برامج السياسات الوقائية » للمؤسسة الدولية ICPSA عن هذه الفترة (مرحلة المراهقة) انها : مرحلة تتميز بنمو التفكير النقدي وتطور الميول والانفعالات العنيفة والسطحية ، حيث الانفعالات اكبر من حجم للثيرات الفعلية ، متقلب متذبذب ، يتسم سلوكه بالحساسية ..

كثيراً غير مرغوب فيه اجتماعياً ، اننا نستهدف الوقاية اى منع حدوث التعاطي ولن يتم ذلك الا بتعبئة الاجواء الاسرية والمدرسية والمجتمعية الاخرى ضد المخدرات ، ان نحاول منع ما يساعد على حدوث التعاطي ، نقوم بعدد من الاجراءات الايجابية التى نحد من المشكلة او تضعف الاقبال على المخدر ، ولكى يتحقق ذلك فليس هناك الا ان نعتد على اثاره الحافز او الدافع بشئ الوسائل لتجنب المخدر ، كل يعمل ويتعاون من اجل تحقيق ذلك الحوار المستمر بين الاباء والابناء ، بينهم وبين المدرسين والاختصاصيين والتركيز هنا من خلال جذب الاهتمام والاثارة لا من خلال القيود والتحريمات ، من هنا تأتى الحاجة الى وضع برامج تستهدف توضيح اثر المخدرات على الحياة والصحة ، على نحو الاجتهاد ، امكانية حدوث الضعف العقلي او الفيزيقي . هنا يدرك الاباء الحاجة الماسة للاختيارات تجاه الوقاية لانفسهم ولاطفالهم .

اننا لانتعامل مع التأثيرات او الاعراض بقدر ما نتعامل بهدف خلق اتجاهات جديدة لنحول انفسنا تجاه حياة بعيدة عن الامعان ، او اتجاهات تقودنا الى ممارسات مفيدة وصحيحة ، وكما سبق الاشارة نحن هنا فى امس الحاجة الى تضافر جهود الاباء والاساتذة ورجال الدين ووسائل الاعلام ، الى توفر المعلومات الصادقة والتي تمكنا من خلق الاتجاهات ، فمن خلال المعلومة او المعرفة الواقعية والاعلان عنها سواء فى البيت او المدرسة او المؤسسات الاخرى يمكن الوصول الى هذا الهدف ، لاشك اننا نتحدث عن اسلوب او استراتيجية للعمل او الفعل او عن كيفية صياغة الميكانيزم الفعلي للتدخل ، نحن فى امس الحاجة الى عقد ندوات لنفكر سوياً كأباء ومربين واجتماعيين ونفسيين ، كيف نحاول الاسرة ، كيف نحاول المدرسة ، كيف نحاول مع كافة مؤسسات الدولة وقطاعاتها ، مازلتنا نردد ان الحاجة ماسة للعديد من الجهود المختلفة والصادقة . (١٨) .



ثانياً : استراتيجية وثيقة الصلة بالبناء الاسري وما يحويه من علاقات وتفاعلات :

أكدت الدراسة فى شقيها مسئولية البناء الاسري عن كثير من الظواهر السلبية ومن بينها تعاطي المخدرات ، وقد أثرتنا التركيز على عدد محدود من القضايا ترتبط أساساً بأسلوب التنشئة الاجتماعية او طبيعة الاوضاع الاسرية :

(١) التدليل الزائد أو القسوة الشديدة . (٢) غياب الأب . (٣) افتقاد القدوة . (٤) التفكك الاسري وما يشيعه من جو مشحون بالتوتر والمشاكل نتيجة للعلاقات السلبية وبخاصة بين الاب والام .

نحن بصدد مجموعة من المتغيرات تلعب دورا فاعلا في التعاطي ، ومن ثم فلا مناص من التوعية المستمرة من خلال البرامج التعليمية الى اهمية الابتعاد عن التدليل المفرط او القسوة الشديدة كاسلوب للتربية ، والى ضرورة وجود نوع من القدوة الحسنة في البيت والى تواجد السلطة الابوية في مجال التفاعلات اليومية والابتعاد عن الامور التي قد تؤدي الى التفكك والانحيار الاسرى قدر المستطاع وتوجيه الاذهان من خلال المقررات الدراسية في الجامعة سواء تلك التي تتناول التنشئة الاجتماعية ، او الاجتياح العائلي ، او النمو النفسي والصحة النفسية او المشكلات الاجتماعية ، او التكيف والتوافق الاسرى .

من خلال البرامج الاذاعية والتلفزيونية (برامج الاسرة والطفل) او من خلال الاندية الثقافية او المؤسسات الدينية وفي مقدمتها المساجد او من خلال التجمعات النسائية او مجالس الالباء والامهات . . . الخ والتركيز دوما على الاعتدال في التعامل مع الابناء والبعد عن التدليل المفرط والذي هو افراز العديد من المسائل البنائية التي تتمثل اساسا في التفضيل الواضح للذكور والحرص على دعمهم باستمرار ، والتهوين من اخطائهم وإيجاد المبررات لتصرفاتهم ، واغراقهم بالمال . . . الخ ، الامر الذي يحول دوما دون الاعتدال على انفسهم وتحمل المسؤولية بل والاستقلالية . . وقد يؤدي مع عوامل اخرى الى مسايرة الآخرين وعدم القدرة على الوصول الى الصورة الافضل .

كذلك ضرورة توفر القدوة الحسنة والتركيز على ان افتقاد القدوة اما نتيجة لغياب الاب المستمر او تقلص دوره وعدم مشاركته بشكل فعال اما لانشغاله او رغبة ذاتية للتخفيف من الاعباء الاسرية . . او نتيجة لتورطه في التعاطي امام الابناء . . . ولن يحدث هذا الا مع غياب الوعي وضعف النسق القيمي ، من هنا فان الحاجة ماسة الى جهود رجال الدين والى المفكرين لايجاد نوع من اليقظة لدى الالباء والامهات . . . ليدركوا ان افتقاد القدوة الصالحة وتعاطي الالباء او الاخوة اى الخبرة السابقة المتاحة هي بمثابة تعلم اجتماعي متكرر ، ان التعرض لهذه الخبرات باستمرار يغري بالمحاولة والتجريب وهكذا يكون تدشين الفرد الى عالم المخدرات على ايدي جماعته القربية .



ثالثا : استراتيجية وثيقة الصلة بالمدرسة والنظام التعليمي (وزارة التربية والتعليم) :
انطلاقا مما سبق الاشارة اليه في اولا من ضرورة التدخل المبكر في حياة الفرد منذ مرحلة

المراقبة فلا بد من اعادة النظر في العملية التعليمية برمتها بقصد :

(١) زيادة اتجاهات الطلاب نحو المدرسة والمدرسين ، تقليلهم للعملية التعليمية مشاركتهم وتفاعلهم مع غيرهم من الطلاب ، اقتناعهم بالاهداف التربوية والمهنية التي تعمل المدرسة على نشرها ، ولن يتأتى هذا الا بالبحث عن المناخ المدرسي المناسب ، هنا يأتي دور التربويين في

تقييم الاجواء المدرسية على اختلافها والبحث عن افضل السبل لاستشارة هذا الميل ، والكشف عن الاسباب التي ادت الى اقتقاد البعض اهتمامهم بالعملية التعليمية . البحث عن وسائل او اساليب تحفز الطلاب للانتظام في الدراسة ، مواصلة الحضور ... ربما كانت طرق التدريس التقليدية تثير الملل او تفقر الى وسائل الايضاح الجيدة ، ربما كانت صعوبة المقررات الدراسية او طولها يحول دون ذلك (٥) .

(٢) ضرورة التفكير جديا في عدم وضع مستويات متميزة في الفصل الواحد سواء من ناحية السن او التفوق او التخلف الدراسي (وان كانت الوزارة قد بدأت في التفكير الان في مثل هذه القضايا) مع اعادة النظر في نظام الاثابة حتى لا يتحقق المزيد من الاحباط لغير المتفوقين من كبار السن .

(٣) القضاء على مشكلة التفرقة في المعاملة بين الطلاب ، وربما تبرز المشكلة اذا ادركنا ان هناك جماعات عرقية تنقسم اليها الهيئة التدريسية ، محاولة اعادة النظر في تكتل الجماعات وفقا لجنسياتها وارتباط ذلك بوجود نوع من الاتجاهات نحو الطلاب ، انها مشكلات على درجة عالية من الاهمية تحتاج الى وقفة التربويين والمتخصصين .

(٤) البحث عن وسائل افضل للعقاب غير الطرد من الصف .

(٥) الاهتمام بالتلاميذ من ذوي السلوكيات الخاصة ، كثيرو الغياب ، الهروب اثناء الدوام المدرسي ، تكرار الرسوب ، اثارة المشكلات ، يمتريهم الضعف والحمول معتادو الفش ... محاولة الاقتراب منهم والساع لمشاكلهم ، محاولة الاتصال بأولياء الامور للتعرف على الظروف التي يعاشونها .

• ارتباط المعاملة الوالدية او التكيف او التوافق الاسري بالنسبة لدافعية الانجاز والاقبال بالإيجابية على العملية التعليمية .

(٦) هنا تبرز مشكلة الاتصال بأولياء الأمور ومدى استجابتهم ، وتلك على درجة كبيرة من الامة ، لا بد من اعادة النظر في مجالس الاء التقليدية ، والتي اثبتت التجربة مدى صورتها وفشلها ، لا بد من زيادة الوعي لدى الاء بأهمية هذه المجالس واهمية الموضوعات والقضايا التي تتناولها وصلتها المباشرة بآبائهم ، اعادة النظر في الطريقة الشكلية التي تتم بها انعقاد هذه المجالس ، وإبراز أهمية العلاقة المستمرة بين المدرسة والمنزل وكيف انها علاقة حيوية تستهدف مصلحة الاء ، ولن يتحقق ذلك الا من خلال قنوات الاتصال تتمثل اساما في اجتماعات الاء ، باختصار لا بد من اعادة النظر في الكيفية التي يتم بها الاتصال بولي الأمر او العكس ، واطهارهم دوما بكل ما يطرأ على التلاميذ من تغييرات انخفاض معدلات درجاته ، التغير في سلوكياته ، الانقطاع ، الهروب من الدوام المدرسي ، تكرار الرسوب ، التزوير في الدرجات .. الخ .

(٧) ادخال مادة المخدرات كجزئية من « مادة الكيمياء » في نطلق دراستهم للعناصر والمركبات ، لالقاء الضوء على المواد المخدرة وخصائصها وتأثيرها المدمر .

(٨) لا بد من تضافر جهود اعضاء الهيئة التدريسية لتحقيق مجموعة الاهداف والقيم التي تسعى المدرسة لتحقيقها من خلال برامج او خطط واضحة في ضوء خبرات التربويين في مناخ مدرسي ملائم تسوده العلاقات التكافلية والامن النفسي وتشجيعهم على ادراك ان دورهم يتجاوز بكثير العملية التعليمية او الادوار الادارية المنوطة بهم ، ان التدخل الناجح المشرقد يعتمد على الجهود الذاتية لاءضاء هيئة التدريس ، وهذا لن يتحقق اذا لم يتوفر المناخ المدرسي الملائم الذي يستثير الاءتبارات الشخصية لدى العاملين ومن ثم تخفي الاءعاءات التي ترتفع بين الحين والآخر « ليس من صلاحياتي » انعدام جدوى المعاملة ، البعد عن المشكلات ... الخ .

(٩) اعادة النظر في دور الاختصاصي الاجتماعي وان يقتصر عمله على الاهداف الوظيفية التي وجد من اجلها وان يعطي من الصلاحيات التي تمكنه من القيام بدوره دون تقاعس حتى لا يفقد حماسه للعمل ، لا بد وان يدرك الطلاب انه يؤدي دورا فعالا نافعا لهم كالمدرس سواء بسواء ، استبعاد فكرة انه مجرد موظف يشرف على المصنف او يشتري هدايا المتفوقين ، لا بد من اعطائه المزيد من الحرية لبحث المشكلات وتقصي اسبابها ومعرفة ابعادها الاسرية او المدرسية لان دور الاختصاصي يدور حول مواجهة مثل هذه المشكلات وتوقف مهارته على كيفية

التصدي لها وحتى لا يقتصر دوره (كما يحدث الآن) على مجرد تحريك المشكلة من امامه .

(١٠) زيادة فرص النشاط في المدرسة في فترة ما بعد الظهر ، للمذا لا تفتح المدرسة ابوابها في بعض ايام الاسبوع او ايام العطلات لمساعدة الطلاب على قضاء اوقات فراغهم فيما يفيد على ان تتوفر بعض انواع الانشطة التي تستثير اهتمامهم .

(١١) احكام الرقابة على الاماكن التي يمكن ان يتم فيها التعاطي مثل ملاعب المدرسة حول اسوار المدرسة ، حجرة الفراشين ، دورات المياه . . . الخ مع العناية باختيار العمال والفراشين من العناصر المشهود لها بحسن السير والسلوك .

رابعا : استراتيجية وثيقة الصلة بالمؤسسات المجتمعية الأخرى :

الاعلام ، المؤسسات الدينية ، الاندية الثقافية ، الشرطة والجوازات ، الصحة ، المجلس الاعلى لرعاية الشباب ، الجامعة . . .) .

١ - الاعلام :

ان المعلومات عامل هام لخلق المعايير ، وان وسائل الاعلام لها (*) احترامها وتقديرها من جانب الجماهير - من خلال المعلومة او الاعلان ، من هنا يأتي دورها في اعطاء المعلومات الصادقة عن المخدرات والادمان - ومن ناحية اخرى لابد وان تستهدف البرامج الاعلامية والتليفزيونية توضيح اثر المخدرات على الحياة والصحة ، علاقة الادمان بامراض سوء التغذية Malnutrition أو حالات الانيميا او الملاريا او الزهري او الفطريات Fungus ، أو التهاب الشغاف Endo Carditis ، التهاب الكبد ، امراض الاسنان . . فضلا عن اضعاف الوظائف الحيوية في الجسم كما في استخدام الهيروين (١٩) . . . من خلال البرنامج الاعلامي المتخصص او التليفزيوني او الفيلم الهادف او من خلال الصحف اليومية والاسبوعية يمكن خلق اتجاهات للاباء نحو الاختيار الافضل المتمثل في الوقاية لانفسهم ولابنائهم منذ البداية .

* التليفزيون والفيلم يمثلان المصدر الاول في الوعي بانتشارية الظاهرة ٣٢٪ دور الصحف مازال محدودا (ربما لارتفاع نسبة الامية او محدودية معالجة مثل هذه الموضوعات) .

٢ - المؤسسات الدينية :

المبدأ الاساسي هنا يقوم على ان البشر لديهم التزام بما يحليه الضمير ، وتكوين وتهذيب الضمير يقوم اساسا على الايمان بالله والمحافظة على النفس ، ومن ثم اختيار الانسان لحياة أفضل بعيدة عن الادمان ، هنا يأتي دور المؤسسات الدينية وفي مقدمتها المسجد لدعم القيم الدينية وتعزيز الوازع الديني الذي يستهدف حماية النفس والبعد عن كل ما من شأنه ان يلحق الضرر بها أو يؤذيها أو يحول بينها وبين اداء دورها في الحياة على نحو أفضل ، ولن يتحقق ذلك الا من خلال خطب الجمعة المتكررة ومحاضرات التوعية المرتبطة بالادمان وتعاطي المخدرات عن طريق وسائل الاعلام المرئية بصفة خاصة حتى تصل الى اكبر شريحة ممكنة من الجمهور المستهدف .

٣ - الاندية الثقافية :

عقد ندوات للتوعية يشارك فيها متخصصون على اختلاف مشاربهم يتناولون قضية الادمان من كافة نواحيها بقصد القاء الضوء على اثاره المدمره وتعبئة الاجواء الاسرية والمدرسية والمجتمعية الاخرى ، وطرح للعوامل التي تساعد على الحد من الاتجاه نحو المخدر ، على ان يعقد بعض من هذه الندوات في قطاعات الشباب وتجمعاتهم في المدارس او الجامعات او الاندية . . . او حيث توجد التجمعات النسائية في الهلال الاحمر ، الجمعيات النسائية ، أو التعليم المسائي استهدافا لتوضيح اثر المخدرات وزيادة الوعي بالغزو الثقافي سواء المترتب على السفر للخارج أو نتيجة لتأثير المزيات والحلم الاجانب . . . الخ .

الشرطة والجوازات :

(أ) تكثيف الحملات وخاصة في المناطق النائية (البر والبحر) ، المطار والموانئ دون استثناءات للحيلولة دون تسرب المزيد منها ، وزيادة الحملات للاماكن التقليدية التي يتردد عليها المتعاطون مثل خط دخان وخط الشمال ورحلات البر والبحر .

(ب) المزيد من الرقابة على الافلام وخاصة تلك التي تروج للمخدرات بطريق مباشر أو غير مباشر وتتناولها كما لو كانت تحقق للفرد أو الجماعة حالة من النشوى او درجة عالية من البهجة والمتعة ، تساعد على قضاء وقت الصخب واللهو ، ترفع كفاءة الجسم دون ان تعرض

لاثارها السلبية المدمرة حالات الكآبة ، الانهيار الجسدي والعقلي وانخفاض المناعة ، التأثير على الاجنة ، الخ .

(ج) تشديد الرقابة على الصيدليات وعدم صرف الادوية بدون « روصته » خاصة حبوب التريبتزول الصفراء ، دواء البروتوفيل للمكحة . . . وغيرها لاستخدامها في غير موضعها او في غير الحالات التي خصصت لها .

(د) الرقابة على السفر للخارج لمن هو دون العشرين مثلا وعدم السماح لهم بالسفر الا بصحبة الاباء وخاصة الى المناطق التي تنتشر فيها المخدرات او تنخفض اسعارها الى الحد الذي يجعله متاحا (الهند في مقدمة هذه الدول ثم تايلاند . . . وبمعدلات لافقة للنظر) .

٥ - الصحة :

تطوير وحدة رعاية البالغين وقسم الصحة النفسية والاعلان عنها وعما تقوم به من خدمات في هذا المجال من خلال اجهزة الاعلام المرئية والدعوة الى ضرورة التقدم اليها في مرحلة مبكرة ، محاولة القضاء على الافكار السلبية التي تحول دون التقدم اليها في الوقت المناسب .

٦ - المجلس الاعلى لرعاية الشباب :

اذا ادركنا ان الانسان كائن له حاجياته الفيزيكية والعقلية والاجتماعية والروحية والترفيهية . . فان كل هذه الابعاد يجب ان تؤخذ في الاعتبار عندما تفكر في التخطيط لرعاية الشباب وخاصة فيما يتعلق بمشكلة قضاء وقت الفراغ ، ولن يتأتى ذلك الا من خلال ايجاد القنوات المناسبة لرعايتهم وتوجيههم والتحرك حيث مواقع الشباب ومناقشتهم هذا من ناحية ومن ناحية اخرى العمل على زيادة الاندية فتح المدارس في بعض ايام الاسبوع والعطلات (بالاتفاق مع التربية والتعليم) ، تنظيم الرحلات الداخلية والخارجية ، تشجيع الهوايات ، الاعلان عن المسابقات ، زيارة المكتبات ، الحدائق ، الملاهي . . . كل ما من شأنه قضاء وقت فراغ بىء .

٧ - الجامعة :

لا يعني ان تأتي توصية الجامعة في نهاية هذا التقرير تقليلا من دورها ، فلا شك أن مسؤولية الجامعة واساتذة الجامعات على درجة كبيرة من الاهمية .

(أ) عرض نتائج هذه الدراسة على لجنة متخصصة لصياغة الاجراءات او المسارات الفعلية التي تحكم عملية التدخل هذه للحد من الظاهرة .

(ب) لابد من التنسيق بين الجامعة والتربية والتعليم والاعلام والمؤسسات النوعية الاخرى

لوضع الاطار المناسب للبرامج الثقافية المرتبطة بهذا الموضوع .

(ج) ضرورة ان تخضع المواد التخليقية التي كشفت عنها هذه الدراسة السسيوانثربولوجية للبحث العملي لمعرفة مدى مفعولها التخديري والتحذير منها خاصة وان بعضها يشتمل على مواد سامة .

(د) استمرار الابحاث النوعية وخاصة النفسية والطبفسية والتربوية على ان تتوفر التسهيلات للباحثين حتى يتسنى دراسة الظاهرة في جوانبها المختلفة .

لاشك أن صياغة مثل هذه التداخلات تحتاج الى عقد ندوات لتفكر سويا كل من زاويته اجتماعيين وانثربولوجيين ونفسيين وطبفسيين لاتخاذ الاجراءات الفعلية وميكانيزم التدخل كيف نحاول على مستوى الاسرة ، كيف نحاول على مستوى المدرسة ، كيف نحاول اعلاميا .. على مختلف مؤسسات الدولة وقطاعاتها ، مازلنا نأمل في تكوين لجنة عليا للمخدرات لان الحاجة مازالت ماسة للعديد من الجهود المخلصة .

نسأل الله التوفيق

الملاحق

ملحق رقم (١)

صحائف البحث :

- صحيفة البحث رقم (١) الموجهة الى الطلاب .
- صحيفة البحث رقم (٢) الموجهة الى أولياء الأمور .
- صحيفة البحث رقم (٣) الموجهة الى رواد الأسر والفصول والاختصاصيين .
- صحيفة البحث رقم (٤) الموجهة الى عمال المدارس .
- دليل دراسة الحالة .

صحيفة البحث *
رقم (١)
(الخاصة بالطلاب)

إعداد

أ . د . محمود الكردي
أ . د . فاروق اسماعيل
د . حسن عيـد

إشراف

د . عبدالله جمعة الكيسي

أكتوبر ١٩٨٦ م

* توجه هذه الصحيفة الى عينة عشوائية من بين طلاب بعض المدارس
الاعدادية والثانوية بمدينة الدوحة .

يهدف هذا البحث الى التعرف على الاتجاهات
نحو مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب من
خلال عينة عشوائية من الطلاب ببعض
المدارس الاعدادية والثانوية
بمدينة الدوحة .

البيانات الواردة في هذه الصحيفة
مربة للغاية ولا تستخدم إلا في
الأغراض العلمية للبحث .

التعليقات

- (١) لا داعي لذكر الاسم .
- (٢) في حالة وجود صعوبة في فهم أي سؤال يمكن الرجوع الى الباحث .
- (٣) ضع علامة ✓ على الأرقام الميئة الى يسار الاجابة التي تراها مناسبة .
- (٤) يمكن اختيار أكثر من إجابة بالنسبة للأسئلة متعددة الاجابة .
- (٥) المربعات الواردة يسار الصفحة خاصة باستخدام الحاسب الآلي فقط .
- (٦) إن لم تجد من بين الاجابات الواردة بالأسئلة ما يناسبك ضع اجابتك في خانة « أخرى تذكر » .
- (٧) اذا كان لديك أي تعليق بالنسبة لأي سؤال يمكنك كتابته بالصفحة الأخيرة .

خاص بالحاسب الآلي

أولاً : بيانات أساسية :

(١) العمر : سنة

(٢) الجنسية : قطري

جنسيات أخرى (تحدد)

(٣) الديانة : مسلم

مسيحي

(٤) المرحلة الدراسية ، والصف :

أ (المرحلة الدراسية :

(1)

الاعدادية

(2)

الثانوية

ب (الشعبة :

(1)

أدبي

(2)

علمي

(3)

رياضة

ج (الصف الدراسي :

(1)

الأول

(2)

الثاني

(3)

الثالث

--	--

(٥) المجموع العام لدرجات التلميز في العام السابق

()

(من ملفات المدرسة)

مرة ()

(٦) عدد مرات الرسوب بالمدرسة

(٧) المستوى التعليمي للوالد :

(1)

أمي

(2)

يقراً ويكتب

- (3) شهادة ابتدائية
(4) شهادة إعدادية
(5) شهادة ثانوية
(6) شهادة جامعية
(7) شهادة أعلى من الجامعية

--	--	--

(تحدد)

(٨) عمل الوالد :

(٩) الترتيب بين الأخوة مع الإشارة الى السن والنوع :

السن	النوع		الأخوة	مسلسل
	أنثى	ذكر		
			الأول	١
			الثاني	٢
			الثالث	٣
			الرابع	٤
			الخامس	٥
			السادس	٦
			السابع	٧

(١٠) ضع دائرة حول ترتيبك السابق في الأسرة :

(١١) السكن :

(يذكر)

أ - الحي الذي تسكن به

ب - عدد حجرات المسكن

ج - نوعية المسكن :

(1) ملك

(2) حكومي

(3) إيجار

د - غط المسكن :

فيلا

بيت شعبي

شقة

أخرى تذكر

(1)

(2)

(3)

(4)



ثانيا : تصور وجود المشكلة :

(١٢) ماهي المواد المخدرة في رأيك مما يلي :
(ضع علامة أمام اجابة أو أكثر من الاجابات الواردة)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

- (1) - الاسبرين
- (2) - الحشيش
- (3) - الحبوب المنبهة
- (4) - المهدئات (الفاليوم ، روش ٣)
- (5) - المنومات
- (6) - حبوب الملوسة
- (7) - الكوكايين
- (8) - الهيروين (الجرد)
- (9) - الأفيون (ترياق)
- (10) - مركبات الأفيون (المورفين ، الكوداين)
- (11) - البترول والصمغ والغراء
- (12) - أخرى تذكر

.....
.....

(١٣) ومن أي مصدر سمعت عن هذه المواد المخدرة ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

- (1) - من الافلام والمسلسلات بالتلفزيون
- (2) - من الافلام والمسلسلات بالفيديو
- (3) - من زملائي وأصدقائي
- (4) - من أقاربي وأخواني
- (5) - من السفر للخارج
- (6) - من الصحف والمجلات
- (7) - أخرى تذكر

.....

(١٤) هل تسافر الى الخارج في العطلة الصيفية ؟

☐

- (1) انتقل الى سؤال ١٥ نعم
 (2) انتقل الى سؤال ١٦ لا

(١٥) البلاد التي سافرت اليها ، وعدد المرات :

اسم البلد	عدد مرات السفر	مدة الاقامة في المتوسط
1		
2		
3		
4		
5		
6		

☐

(١٦) هل هناك مشكلة لتعاطي المخدرات بين الشباب

في قطر ؟

- (1) نعم
 (2) لا
 (3) لا أدري

(١٧) هل هناك بعض التلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات ؟

☐

- (1) نعم انتقل الى سؤال (١٨)
(2) لا انتقل الى سؤال (٢٣)
(3) لا أدري

(١٨) متى عرفت بوجود هذه المشكلة بمدرستك الحالية ؟

☐

- (1) قبل التحاقني بالمدرسة
(2) بعد التحاقني بالمدرسة مباشرة
(3) بعد التحاقني بالمدرسة بفترة طويلة
(4) أخرى تذكر

(١٩) كيف عرفت بوجود هذه المشكلة بالمدرسة ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	

- (1) من رؤيتي لبعض التلاميذ يتعاطون
(2) من الملامح الجسمية والنفسية لهم
(3) من حديث زملائهم عنهم
(4) من شكوى المدرسين منهم
(5) من بعض العمال بالمدرسة
(6) أخرى تذكر

(٢٠) أين يتم التعاطي ؟

☐

- (1) بالمدرسة انتقل الى سؤال ٢١
(2) خارج المدرسة انتقل الى سؤال ٢٢

(٢١) ما المكان الذي يتم فيه التعاطي داخل المدرسة ؟ (ضع علامة أو أكثر أمام الاجابة)

1	
2	
3	
4	
5	
6	

- (1) - بقاعة الدرس
- (2) - بملاعب المدرسة
- (3) - حول سور المدرسة
- (4) - بدورة المياه
- (5) - بحجرة الفراش
- (6) - أخرى تذكر

.....
.....

(٢٢) ما المكان الذي يتم فيه التعاطي خارج المدرسة ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	

- (1) - البر
- (2) - رحلات البحر
- (3) - المنزل
- (4) - السيارة
- (5) - خارج البلاد
- (6) - أخرى تذكر

.....
.....

(٢٣) هل سمعت أن هناك تلاميذ يتعاطون المخدرات في مدارس أخرى غير مدرستك ؟

--

- (1) - نعم انتقل الى سؤال (٢٤)
- (2) - لا انتقل الى سؤال (٢٥)

(٢٤) كيف عرفت ذلك ؟

1	
2	
3	
4	

- (1) - من معرفتي هؤلاء التلاميذ
 (2) - من سماعي عنهم
 (3) - من مظهرهم وشكلهم
 (4) - أخرى تذكر

--

- (٢٥) هل تعرف زميلا بـ مدرستك يتعاطى المخدرات ؟
 (1) - نعم انتقل الى سؤال (٢٦)
 (2) - لا انتقل الى سؤال (٢٨)

1	
2	
3	
4	
5	

- (٢٦) كيف عرفت أنه يتعاطى ؟
 (1) - من حديث زملائه عنه
 (2) - من أحاديثه معي
 (3) - من رؤيتي المباشرة له وهو يتعاطى
 (4) - من شكله وملاحة
 (5) - أخرى تذكر

1	
2	
3	
4	
5	
6	

- (٢٧) كيف ترى علاقات هذا التلميذ بزملائه ؟
 (1) - عادية وطبيعية
 (2) - قوية ومتينة
 (3) - ضعيفة ومتدهورة
 (4) - منعزل
 (5) - منعزل (إذا كان مدعنا أكثر من اللازم)
 (6) - علاقته قوية بالآخرين (إذا كان تعاطيه محدودا)

7	
8	
9	
10	

(7) - علاقته محدودة مع الذين يتعاطون مثله

(8) - علاقته سيئة لمحاولته تخريب الآخرين

(9) - لا أدري

(10) - أخرى تذكر

.....
.....

ثالثا : ملامح التعاطي :

--

(٢٨) هل باستطاعتك تمييز التلميذ التعاطي ؟

(1) - نعم انتقل الى سؤال (٢٩)

(2) - لا انتقل الى سؤال (٣٢)

(٢٩) كيف تستطيع ذلك ؟

(1) - من احتقان العينين ، وزيف البصر

(2) - الضعف والحمول وشحوب الوجه

(3) - الانطواء والعزلة

(4) - الاكتئاب

(5) - العلوان والتدمير

(6) - سرعة التعب بعد بذل أقل مجهود

(7) - اثاره مشكلات

(8) - سوء العلاقات مع الزملاء

(9) - الكذب والسرقة

(10) - كثرة التغيب عن المنزل

(11) - فقدان التفاهم الأسري

(12) - أخرى تذكر

.....
.....

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

(٣٠) هل هناك تصرفات (سلوكيات) تميز التلميذ المتعاطي داخل المدرسة ؟

1	
2	
3	

- نعم (1) انتقل الى سؤال (٣١)
 - لا (2) انتقل الى سؤال (٣٢)
 - لا أدري (3)

(٣١) ماهي ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

- كثرة الغياب (1)
 - تعدد مرات الرسوب (2)
 - تكرار الغش (3)
 - عدم احترام المدرسين (4)
 - الهروب أثناء الدوام المدرسي (5)
 - النوم أثناء الدرس (6)
 - أخرى تذكر (7)

رابعاً : أسباب التعاطي :

(٣٢) ما الأسباب العامة للتعاطي في رأيك ؟

1	
2	
3	
4	
5	

- سهولة الحصول على المخدر (1)
 - الرغبة في التجريب (2)
 - وسائل الاعلام (تليفزيون - فيديو) (3)
 - الصحبة (4)
 - أخرى تذكر (5)

(٣٣) ما الاسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي من وجهة نظرك ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

- (1) - مشكلات مستمرة بين الأب والأم
- (2) - وفاة أحد الوالدين أو كليهما
- (3) - القسوة الشديدة في التنشئة الاجتماعية
- (4) - التدليل الزائد (من أحد الوالدين)
- (5) - افتقاد القدوة الحسنة
- (6) - عدم القدرة على شغل وقت الفراغ
- (7) - تغيب الأب
- (8) - الملل
- (9) - صحبة المتعاطي
- (10) - الاحساس بالضياع والخوف من المستقبل
- (11) - تجمعات الشباب في المجالس دون رقابة
- (12) - أخرى تذكر

.....
.....

(٣٤) ما الأسباب الاقتصادية المؤدية للتعاطي في رأيك ؟

1	
2	
3	
4	
5	

- (1) - الفقر (الذي يؤدي الى المغامرة للحصول على مال)
- (2) - الغنى .
- (3) - سهولة الحصول على ثمن المخدر
- (4) - البعض يحصل عليه دون مقابل
- (5) - أخرى تذكر

.....
.....

(٣٥) ما الصعوبات المدرسية المؤدية للتعاطي ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

- (1) - الفصل نتيجة التأخر الدراسي
- (2) - صعوبة المقررات الدراسية وطولها
- تباین مستوى التحصيل الدراسي بين تلاميذ الفصل الواحد
- (3) - عدم ملائمة المناهج (الحج) المدرسي
- (4) - عدم الميل للدراسة
- (5) - الطرد من الصف
- (6) - عدم التفاهم مع المدرسين
- (7) أخرى تذكر
- (8)

خامسا : مشكلات مرتبة على التعاطي ومحاولات التدخل لمواجهتها :

(٣٦) ما المشكلات المترتبة على التعاطي في نظرك ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

- (1) - التأخر الدراسي
- (2) - الانقطاع عن الدراسة
- (3) - اتفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي
- (4) - الضبط والتوقيف في جريمة
- (5) - التقليد بين الأخوة داخل الأسرة
- (6) - الاساءة بالسمة العائلية
- (7) - تدهور صحة التعاطي
- (8) أخرى تذكر

(٣٧) هل لدى غيرك من الطلاب الاحساس بوجود مشكلة التعاطي ؟

☐

- (1) انتقل الى سؤال (٣٨) نعم -
(2) انتقل الى سؤال (٣٩) لا -
(3) انتقل الى سؤال (٣٩) لا أدري -

(٣٨) وماذا فعلوا لعلاج هذه المشكلة ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	

- (1) لم يفعلوا شيئاً
(2) المشكلة ليس لها حل
(3) لا يوجد من يساعدهم على الحل
(4) لجأوا الى الأخصائي الاجتماعي
(5) ذهبوا الى الطبيب النفسي
(6) أخرى تذكر

(٣٩) هل يلجأ التلاميذ المتعاطون الى الأخصائي بالمدرسة
ليساعدهم في حل مشكلتهم ؟

☐

- (1) انتقل الى سؤال (٤٠) نعم -
(2) انتقل الى سؤال (٤١) لا -

(٤٠) وماذا تتوقع أن يفعل لهم الأخصائي الاجتماعي ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

- (1) لا يفعل شيئاً يذكر
(2) يبلغ ادارة المدرسة للتدخل
(3) يبلغ أولياء الأمور طلباً لمساعدتهم
(4) يحوله الى رائد الأسرة أو الفصل
(5) يحوله الى الصحة المدرسية
(6) يوجهه اليه النصيحة
(7) أخرى تذكر

(٤١) ولماذا لا يلجأون اليه ؟

1	
2	
3	
4	
5	

- (1) - لأنه لن يفعل شيئاً سوى النصيحة
- (2) - للخشية من الاتصال بولي الأمر
- (3) - للخوف من التحويل للصحة المدرسية
- (4) - للمشاكل التي حدثت للآخرين الذين فعلوا ذلك
- (5) - أخرى تذكر
-
-

(٤٢) اذا وجدت صديقاً أو زميلاً يتعاطى المخدرات فماذا تفعل
حياله ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	

- (1) - أنصح به بالعلاج
- (2) - أرشده بالتوجه الى الأخصائي الاجتماعي
- (3) - أنصح به بالتوقف عن التعاطي
- (4) - أذكره بعقاب الله
- (5) - لا أستطيع أن أفعل له شيئاً
- (6) - أخرى تذكر
-
-

تعليق وملاحظات :

صحيفة البحث *
رقم (٢)
(الخاصة بأولياء الأمور)

إعداد

أ . د . عمود الكردي أ . د . فاروق اسماعيل

د . حسن عبيد

إشراف

د . عبدالله الكيسي

أكتوبر ١٩٨٦ م

* توجه هذه الصحيفة الى عينة عشوائية من أولياء أمور طلاب بعض المدارس الاعدادية والثانوية بمدينة الدوحة .

يهدف هذا البحث الى التعرف على الاتجاهات
نحو مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب من
خلال عينة عشوائية من الطلاب ببعض
المدارس الاعدادية والثانوية
بمدينة الدوحة .

البيانات الواردة في هذه الصحيفة
مربة للغاية ولا تستخدم إلا في
الأغراض العلمية للبحث .

أولا : بيانات أساسية :

- (١) العمر : سنة
(٢) الجنسية : (ذكر)
(٣) الديانة : ١ - مسلم
٢ - مسيحي

(٤) الحالة الزوجية :

- ١ - أعزب ()
٢ - متزوج ولم ينجب ()
٣ - متزوج ويعول ()
٤ - مطلق ()
٥ - أرمل ()

(٥) المستوى التعليمي :

- ١ - أمي ()
٢ - يقرأ ويكتب ()
٣ - شهادة ابتدائية ()
٤ - شهادة اعدادية ()
٥ - شهادة ثانوية ()
٦ - شهادة جامعية ()
٧ - شهادة أعلى من الجامعية ()

(٦) المهنة :

- ١ - يعمل
٢ - متقاعد
٣ - متوفي

(أ) أصحاب أعمال حرة :

- ١ - تاجر ()
٢ - مقول ()
٣ - حرفي (صاحب ورشة أو كراج) ()
٤ - أخرى تذكر ()
.....
.....

(ب) عاملون بأجر :

- ١ - مهن علمية وفنية ()
٢ - مهن إدارية ()
٣ - مهن كتابية ()
٤ - مهن خدمات ()
٥ - مهن زراعية وصيد ()
٦ - عمال انتاج ()
٧ - أخرى تذكر ()
.....
.....

(٧) عدد الأبناء :

السن	النوع		الأبناء	مسلسل
	ذكور	إناث		
			الأول	١
			الثاني	٢
			الثالث	٣
			الرابع	٤
			الخامس	٥
			السادس	٦

(٨) السكن :

- أ () الحي (الفريق) الذي تسكن فيه
 ب () نمط السكن :
 ١ - فيلا
 ٢ - بيت عربي
 ٣ - شقة
 ٤ - أخرى تذكر

ج) عدد حجرات المسكن : حجرة

- د () نوعية حيازة السكن :
 ١ - ملك
 ٢ - حكومي
 ٣ - إيجار

ثانيا : تصور وجود المشكلة :

(٩) هل هناك مشكلة لتعاطي المخدرات بين الشباب في قطر بصفة عامة ؟

- ١ - نعم ()
٢ - لا ()
٣ - لا أدري ()

(١٠) هل هناك بعض تلاميذ « المدارس » يتعاطون المخدرات ؟

- ١ - نعم () انتقل الى سؤال (١١)
٢ - لا () انتقل الى سؤال (١٤)
٣ - لا أدري () انتقل الى سؤال (١٥)

(١١) كيف عرفت ذلك ؟

- ١ - من حديث الناس بالمجالس ()
٢ - من حديث ابني عن زملائه بالمدرسة ()
٣ - من حضوري لمجالس الآباء والمدرسين بالمدرسة ()
٤ - من أولياء الأمور الآخرين ()
٥ - أخرى تذكر ()
.....
.....

(١٢) هل نعتقد أنها ظاهرة منتشرة بين التلاميذ ؟

- ١ - منتشرة بكثرة ()
٢ - الى حد ما ()
٣ - قليلة الانتشار ()
٤ - لا أدري ()

(١٣) كيف توصلت الى هذه النتيجة ؟

(يمكن وضع علامة √ أمام أكثر من احتمال)

- ١ - من مناقشات مجالس الآباء ()

- ٢ - من حديث ابني عن المشكلة ()
 ٣ - من وسائل الاعلام انتقل الى سؤال (١٤) ()
 ٤ - من قريب أو صديق يعمل في التعليم ()
 ٥ - من حديث الناس بالمجالس ()
 ٦ - أخرى تذكر ()

(١٤) ما هي وسائل الاعلام هذه ؟

- ١ - تليفزيون ()
 ٢ - فيديو ()
 ٣ - صحف ()
 ٤ - أخرى تذكر ()

ثالثا : ملامح التعاطي :

(١٥) هل يمكنك تحديد ملامح معينة تميز بها الشاب التعاطي للمخدرات ؟

- ١ - نعم انتقل الى سؤال (١٦) ()
 ٢ - لا انتقل الى سؤال (١٧) ()

(١٦) كيف تتمكن من ذلك ؟

- ١ - من احتقان العينين وزيف البصر ()
 ٢ - من الضعف والحمول وشحوب الوجه ()
 ٣ - من الانطواء والعزلة ()
 ٤ - قلة الحركة وبطء التفكير ()
 ٥ - من العدوان والتخريب ()
 ٦ - من سرعة التعب بعد بذل أقل مجهود ()

٧- من اثاره مشكلات ()

٨- الكذب والسرقة ()

٩- أخرى تذكر

.....

.....

(١٧) هل هناك تصرفات (سلوكيات) تميز أو تدل على الشاب المتعاطي داخل أسرته ؟

١- نعم انتقل الى سؤال (١٨)

٢- لا انتقل الى سؤال (١٩)

(١٨) ماهي ؟

١ - كثرة التغيب عن المنزل ()

٢ - سوء العلاقات مع الوالدين والأخوة ()

٣ - السهر خارج المنزل ()

٤ - الميل للعنف والتخريب ()

٥ - التمرد على الوالدين ()

٦ - اللامبالاة وعدم الاهتمام ()

٧ - السلبية وعدم العناد ()

٨- أخرى تذكر

.....

.....

(١٩) هل يؤثر تعاطي المخدرات في التحصيل الدراسي ؟

١- نعم انتقل الى سؤال (٢٠)

٢- لا انتقل الى سؤال (٢١)

٣- لا أدري انتقل الى سؤال (٢١)

(٢٠) وما علامات هذا التأثير ؟

١ - انخفاض التقديرات (العلامات) للتلميذ المتعاطي ()

٢ - تكرار مرات الرسوب ()

- ٣- التزوير في علامات الشهادات ()
 ٤- أخطار المدرسة (شكوى للمدرسين) ()
 ٥- أخرى تذكر ()

رابعاً : أسباب التعاطي :

(يمكن وضع علامة √ على أكثر من سبب)

(٢١) ما الأسباب العامة للتعاطي حسب أهميتها في رأيك ؟

- ١- سهولة الحصول على المخدر ()
 ٢- الرغبة في التجريب ()
 ٣- وسائل الاعلام ()
 ٤- الصبغة ()
 ٥- أخرى تذكر ()

(٢٢) ما الأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي من وجهة نظرك حسب أهميتها :

(يمكن وضع علامة √ على أكثر من سبب)

- ١- مشكلات مستمرة بين الأب والأم ()
 ٢- وفاة أحد الوالدين أو كليهما ()
 ٣- القسوة الشديدة في التنشئة الاجتماعية ()
 ٤- التدليل الزائد (من أحد الوالدين) ()
 ٥- الابن الذكر الوحيد ()
 ٦- افتقاد القدوة الحسنة ()
 ٧- عدم القدرة على شغل وقت الفراغ ()
 ٨- تغيب الأب ()

٩ - الإقامة مع زوجة الأب أو زوج الأم ()

١٠ - أخرى تذكر ()

.....
.....

(٢٣) ما الأسباب الاقتصادية المؤدية للتعاطي حسب أهميتها في رأيك ؟

(يمكن وضع علامة √ على أكثر من سبب)

١ - الفقر (الذي يؤدي الى المغامرة للحصول على مال) ()

٢ - الغنى ()

٣ - سهولة الحصول على ثمن المخدر ()

٤ - أخرى تذكر ()

.....
.....

(٢٤) ما الأسباب التربوية (المدرسية) المؤدية للتعاطي حسب أهميتها ؟

(يمكن وضع علامة √ على أكثر من سبب)

١ - الفشل نتيجة التأخر الدراسي ()

٢ - صعوبة المقررات الدراسية وطولها ()

٣ - عدم الميل للدراسة ()

٤ - عدم ملائمة الجو المدرسي ()

٥ - أخرى تذكر ()

.....
.....

خامسا : مشكلات مرتبة على التعاطي ، ومحاولات التدخل لمواجهتها :

(٢٥) رتب المشكلات المترتبة على التعاطي حسب أوليتها في نظرك بإعطاء رقم (١) للأكثر

أهمية ثم (٢) لمن يلي في الأهمية وهكذا ؟

- ١ - التأخر الدراسي ()
- ٢ - الانقطاع عن الدراسة ()
- ٣ - اتفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي ()
- ٤ - الضبط والتوقيف في جريمة ()
- ٥ - التقليد بين الأخوة داخل الأسرة ()
- ٦ - الاساءة بسمعة العائلة ()
- ٧ - أخرى تذكر ()

.....

.....

(٢٦) لو أن قريبك أو صديقك جاء اليك واشتكى من تعاطي ابنه للمخدرات فيماذا تتصححه ؟

- ١ - توجيه النصيحة للابن بالكف عن التعاطي ()
- ٢ - عرضه على الطبيب للعلاج ()
- ٣ - استشارة ادارة المدرسة ()
- ٤ - السفر للخارج للعلاج ()
- ٥ - لا أدري ماذا يفعل ()
- ٦ - أخرى تذكر ()
- ()
-

(٢٧) هل ترى أن المدرسة تسهم في حل مشكلة تعاطي المخدرات ؟

- ١ - نعم انتقل الى سؤال (٢٨) ()
- ٢ - لا انتقل الى سؤال (٢٩) ()
- ٣ - لا أدري ()

(٢٨) وما هو هذا الاسهام ؟

- ١ - اقامة ندوات توعية ()
- ٢ - زيادة فرص النشاط بالمدرسة ()

- ٣ - زيادة فعالية اجتماعات مجالس الآباء والمدرسين ()
- ٤ - تأكيد دور الاختصاصي الاجتماعي ورائد الأسرة او الفصل في حل المشكلة ()
- ٥ - ابراز موقف الدين من قضايا المخدرات ()
- ٦ - التركيز على أهمية اكتشاف الحالات في وقت مبكر ()
- ٧ - الاهتمام بالتحويل للعلاج الطبي والنفسي ()
- ٨ - التأكيد على أهمية متابعة الحالات حتى شفائها ()
- ٩ - أخرى تذكر ()
-
-

(٢٩) هل ترى أن دور المدرسة كاف في مواجهة هذه المشكلة ؟

- ١ - نعم ()
- ٢ - لا ()
- انتقل الى سؤال (٣٠)
- ٢ - لا أدري ()

(٣٠) ولماذا ؟

- ١ - لأن هذه المشكلة تخص الأسرة أساسا ()
- ٢ - لأن المشكلة لها أبعاد متعددة ومعقدة ()
- ٣ - لأن امكانيات المدرسة محدودة ()
- ٤ - لأن التصدي لها يحتاج الى تعاون الأسرة والمدرسة ()
- ٥ - أخرى تذكر ()
-
-

صحيفة البحث *
رقم (٣)
(موجهة الى الأخصائيين الاجتماعيين
ورواد الفصول والأسر)

إعداد

أ . د . محمود الكردي أ . د . فاروق اسماعيل

د . حسن عبيد

إشراف

د . عبد الله الكيسي

أكتوبر ١٩٨٦ م

* توجه هذه الصحيفة إلى مجموعة من الأخصائيين الاجتماعيين ، ورواد الفصول ، ورواد الأسر ببعض المدارس الإعدادية والثانوية بمدينة الدوحة .

يهدف هذا البحث على التعرف على الاتجاهات
نحو مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب من
خلال عينة عشوائية من المديرين ورواد
الفصول والأسر والأخصائيين الاجتماعيين
ببعض المدارس الإعدادية والثانوية
بمدينة الدوحة .

البيانات الواردة في هذه الصحيفة
سرية للغاية ولا تستخدم إلا في
الأغراض العلمية للبحث .

التعليقات

- (١) لاداعي للذكر الاسم .
- (٢) في حالة وجود صعوبة في فهم أي سؤال يمكن الرجوع الى البحث .
- (٣) ضع علامة ✓ على الأرقام المبينة الى يسار الاجابة التي تراها مناسبة .
- (٤) يمكن اختيار أكثر من إجابة بالنسبة للأسئلة متعددة الاجابة .
- (٦) إن لم تجد من بين الاجابات الواردة بالأسئلة ما يناسبك ضع اجابتك في خانة « أخرى تذكر » .
- (٧) إذا كان لديك أي تعليق بالنسبة لأي سؤال يمكنك كتابته بالصفحة الأخيرة .

أولا : بيانات أساسية :

(١) العمر سنة

(٢) الجنسية : قطري

جنسيات أخرى (تحدد)

(٣) الوظيفة : (تحدد)

(٤) الديانة : مسلم ()

مسيحي ()

(٥) المؤهلات : (يذكر آخر مؤهل)

.....
.....

(٦) الخبرات (وأعمال سابقة) :

.....

.....

.....

.....

(٧) عدد سنوات العمل بالمدرسة (يذكر)

(٨) الحالة الزوجية :

(١) أعزب

(٢) متزوج ولا يعمل

(٣) متزوج ويعمل

(٤) مطلق

(٥) أرمل

(٩) عدد الأبناء

يوضح مجموع عدد الأبناء ()

(١٠) عدد الأبناء :

٢	الأبناء	النوع		السن
		ذكور	إناث	
١	الابن الأول			
٢	الابن الثاني			
٣	الابن الثالث			
٤	الابن الرابع			
٥	الابن الخامس			
٦	الابن السادس			

ثانيا : تصور وجود المشكلة :

(١١) هل هناك طلاب في مدرستك يتعاطون المخدرات ؟

☐

- (١) انتقل الى (١٢) - نعم
 (٢) انتقل الى (١٧) - لا
 (٣) انتقل الى (١٧) - لا أدري

(١٢) وكيف اكتشفت وجود هذا النمط السلوكي (التصرف) ؟

☐
☐
☐
☐

- (١) - من رؤيتي المباشرة بالمدرسة
 (٢) - من حديثي مع بعض الطلاب
 (٣) - من شكوى بعض الطلاب
 (٤) - من زملائهم

5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	

- (5) - من أولياء الأمور
 (6) - من القراشين بالمدرسة
 (7) - من خلال اختلاطي مع الطلاب خارج المدارس
 (8) - من المظهر الخارجي أو شكله العام
 (9) - من حديثي مع بعض زملاء أو الإداريين بالمدرسة
 (10) - من سلوك بعض الطلاب
 (11) - أخرى تذكر

.....

(١٣) هل تعتقد أنها ظاهرة متشرة بمدرستك ؟

☐

- (1) - متشرة بكثرة
 (2) - متشرة الى حد ما
 (3) - قليلة الانتشار
 (4) - لا أدري
 انتقل الى (١٤)
 انتقل الى (١٦)

(١٤) وكم عدد الحالات الموجودة في مدرستك تقريبا ؟

☐

- (1) أقل من ٥
 (2) ٦ - ١٠
 (3) ١١ - ١٥
 (4) ١٦ - ٢٠
 (5) أكثر من ٢٠

(١٥) كيف توصلت الى هذه النتيجة ؟

1	
2	
3	

- (1) - من زيادة العدد (يحدد)
 (2) - من ملاحظاتي على الطلاب
 (3) - من خلال مناقشة مشكلات أخرى

4	
5	
6	

- من خلال حديثي مع زملاء الطلبة الذين يتعاطون

(4) المخدرات

(5) - من خلال حديثي مع بعض الاداريين

(6) - أخرى تذكر

.....
.....

(١٦) ولماذا تعتقد أنها ليست متشرة بمدرستك ؟

1	
2	
3	
4	

(1) - من قلة الأعداد

(2) - من عدم الشكوى من قبل الطلاب

(3) - من عدم ظهورها أثناء مناقشة مشكلات أو موضوعات

أخرى

(4) - أخرى تذكر

.....
.....

ثالثا : ملامح التعاطي وأعراضه بين الطلاب :

(١٧) هل لاحظت ملامح جسمية (للوجه والبدن مثلا) تميز بها

المتعاطي عموما ؟

--

(1) - نعم انتقل الى (١٨)

(2) - لا انتقل الى (١٩)

(١٨) وما هي ؟

1	
2	
3	

(1) - احتقان العينين

(2) - زيغ البصر

(3) - ارتعاش الأطراف (وبخاصة اليدين)

4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

- (4) - الضعف والخمول
 (5) - عدم الاتزان الحركي
 (6) - شحوب الوجه
 (7) - النحافة الشديدة
 (8) - سواد أطراف الأصابع والشفاه
 (9) - عدم القدرة على التركيز والسرхан
 (10) - أخرى تذكر

(١٩) هل لاحظت خصائص نفسية للمتعاطي ؟

--

- (1) انتقل الى (٢٠) نعم -
 (2) انتقل الى (٢١) لا -

(٢٠) وما هي ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

- (1) - الانطواء والعزلة
 (2) - الاكتئاب
 (3) - اللامبالاة والسلبية
 (4) - تقلب المزاج
 (5) - التلعير
 (6) - ضعف الارادة
 (7) - سرعة الاجهاد الذهني
 (8) - الخوف
 (9) - هروبي
 (10) - عصبي
 (11) - متردد
 (12) - متهور

13 ☐

..... أخرى تذكر (13)

.....
.....

(٢١) هل لاحظت خصائص اجتماعية تميز المتعاطي داخل المدرسة ؟

☐

انتقل الى (٢٢) (1) نعم

انتقل الى (٢٣) (2) لا

(٢٢) وما هي ؟

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐
7 ☐
8 ☐
9 ☐
10 ☐

(1) - إثارة مشكلات

(2) - الخروج عن النظام المدرسي

(3) - العزلة وعدم الاندماج

(4) - ضعف العلاقات بين الزملاء

(5) - ضعف العلاقات مع المدرسين

(6) - عدم المشاركة في الأنشطة

(7) - الكذب

(8) - السرقة (الفردية أو الجماعية)

(9) - الاعتداء على الآخرين

(10) - أخرى تذكر

.....
.....

(٢٣) هل سمعت عن خصائص مميزة لطبيعة العلاقات الاجتماعية للمتعاطي داخل أسرته ؟

☐

انتقل الى (٢٤) (1) نعم

انتقل الى (٢٥) (2) لا

(٢٤) وما هي ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

- (1) - زيادة شكوى أولياء الأمور
- (2) - كثرة التغيب عن المنزل
- (3) - السهر خارج المنزل
- (4) - الميل للعنف والتخريب
- (5) - التمرد على السلطة الوالدية
- (6) - اللامبالاة (عدم الاهتمام)
- (7) - السلبية والعناد
- (8) - العزلة والانطواء
- (9) - أخرى تذكر

.....

.....

(٢٥) وما هو مصدر معلوماتك السابقة ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

- (1) - الأسرة (أولياء الأمور)
- (2) - زملاء بالمرسة
- (3) - وسائل الاعلام
- (4) - ملاحظاتي الشخصية
- (5) - من زملاء الطلبة الذين يتعاملون المخدرات
- (6) - من تجريبي الخاصة مع الطلاب
- (7) - أخرى تذكر

.....

.....

(٢٦) هل لاحظت ملامح سلوكية تميز التماطي في المدرسة ؟

--

- (1) انتقل الى (٢٧) نعم
- (2) انتقل الى (٢٨) لا

(٢٧) ما هي ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	

- (1) - زيادة معدلات الغياب عن المدرسة
- (2) - عدم الانتظام في حضور الحصص الدراسية
- (3) - انخفاض معدل تقديرات المتعاطي
- (4) - الهروب أثناء الدوام المدرسي
- (5) - تعدد مرات الرسوب
- (6) - تكرار الغش اذا وجد الفرصة
- (7) - التزوير في درجات الشهادات
- (8) - عدم اطاعة السلطة المدرسية
- (9) - عدم احترام أعضاء هيئة التدريس
- (10) - الإهمال في كل شيء
- (11) - السلبية المطلقة
- (12) - لا يحبه الرسوب
- (13) - أخرى تذكر

.....
.....

رابعاً : أسباب التعاطي ودوافعه :

(٢٨) ما الأسباب أو الدوافع العامة للتعاطي في الحالات التي تعرفت عليها بمدرستك ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

- (1) - سهولة الحصول على المخدر
- (2) - الرغبة في التجريب
- (3) - وسائل الاعلام (تلفزيون - فيديو)
- (4) - العصبية
- (5) - كثرة السفر الى بلاد تنتشر فيها المخدرات
- (6) - السعة المادية
- (7) - تأثير الحزم الأجانب

8	
---	--

(8) - أخرى تذكر

.....
.....

(٢٩) ما الصعوبات المدرسية التي أدت الى التعاطي في الحالات التي تعرفت عليها بمدرستك ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	

- (1) - سوء معاملة الأساتذة للتلاميذ بالمدرسة
- (2) - صعوبة المقررات الدراسية
- (3) - طول المقررات الدراسية
- (4) - عدم ملاءمة طرق التدريس
- (5) - المناخ المدرسي
- (6) - الاحباط نتيجة التأخر الدراسي
- (7) - تباين مستوى التحصيل الدراسي بين تلاميذ الفصل الواحد
- (8) - تفاوت المستوى العمري بين تلاميذ الفصل الواحد
- (9) - محاولة إثبات الوجود
- (10) - عدم اقتناع التلميذ بجدوى التعليم
- (11) - أخرى تذكر

.....
.....

(٣٠) ماهي الأسباب أو الصعوبات الأسرية التي كانت وراء التعاطي في الحالات التي تعرفت عليها بمدرستك ؟

1	
2	
3	
4	

- (1) - مشكلات بين الأب والأم
- (2) - مشكلات بين الاخوة
- (3) - التدليل المفرط (من جانب الأم بخاصة)
- (4) - وفاة أحد الوالدين أو كليهما

- | | | | |
|----|--|------|--------------------------------------|
| 5 | | (5) | - انشغال الأب بعمله |
| 6 | | (6) | - الابن الذكر الوحيد |
| 7 | | (7) | - القسوة الشديدة |
| 8 | | (8) | - الفقر (المغامرة والحصول على مال) |
| 9 | | (9) | - الغنى |
| 10 | | (10) | - افتقاد القدوة |
| 11 | | (11) | - التقليد (وبخاصة الأصدقاء) |
| 12 | | (12) | - تعدد الزوجات |
| 13 | | (13) | - الإقامة مع زوجة الأب أو زوج الأم |
| 14 | | (14) | - وجود الخدم الأجانب في البيت القطري |
| 15 | | (15) | - الافتقار الى الوازع الديني |
| 16 | | (16) | - أخرى تذكر |

.....
.....

خامسا : المشكلات المترتبة على التعاطي :

(٣١) ماهي المشكلات التربوية (المدرسية) الناتجة

عن التعاطي في الحالات التي تعرفت عليها بمدرستك ؟

- | | | | |
|---|--|-----|--------------------------|
| 1 | | (1) | - الانقطاع عن الدراسة |
| 2 | | (2) | - التأخر الدراسي |
| 3 | | (3) | - فقدان الفرصة التعليمية |
| 4 | | (4) | - أخرى تذكر |

.....
.....

(٣٢) ماهي المشكلات الأسرية الناتجة عن التعاطي في الحالات التي تعرفت عليها بملحستك ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

- (1) - إثارة خلافات بين أفراد الأسرة
- (2) - اتفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي
- (3) - التصرف في الممتلكات الشخصية أو الأسرية
- (4) - الضبط والتوقيف في جريمة
- (5) - التقليد بين الأخوة داخل الأسرة
- (6) - ارتكاب الجرائم
- (7) - فقدان السمعة العائلية
- (8) - القلوة السيئة
- (9) - أخرى تذكر

.....

.....

سادساً : التدخلات من قبل الأخصائيين ورواد الأسر
والفصول للحد من تفاقم المشكلة :

(٣٣) هل يلجأ اليك الطلاب لحل مشاكلهم بصفة عامة ؟

☐

- (1) - نعم
- (2) - لا

(٣٤) هل حاولت التدخل للحد من انتشار التعاطي بين الطلاب ؟

☐

- (1) انتقل الى (٣٥) نعم
- (2) انتقل الى (٣٦) لا

(٣٥) ماهي الاجراءات التي اتخذتها حيال ذلك ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

- (1) - النصيح والارشاد
- (2) - احاطة إدارة المدرسة
- (3) - الاتصال بولي الأمر
- (4) - عقد ندوات توعية
- (5) - التحويل الى وحدة توجيه الأطفال والبالغين
- (6) - انزال عقاب
- (7) - ليس من صلاحياتي
- (8) - شرح الأضرار الناتجة عن الامعان
- (9) - أخرى تذكر

.....
.....

(٣٦) هل حاولت متابعة بعض حالات التعاطي التي اكتشفتها ؟

--

- (1) - نعم انتقل الى سؤال (٣٧)
- (2) - لا انتقل الى سؤال (٣٨)

(٣٧) وما هي نتائج هذه المتابعة ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	

- (1) - الكف عن التعاطي
- (2) - الاقلال من التعاطي
- (3) - مواصلة العلاج بانتظام
- (4) - لم يحدث تقدم يذكر
- (5) - لا أعرف
- (6) - أخرى تذكر

.....
.....

(٣٨) ولساذا لم تحاول ؟

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	

- (1) - عدم استجابة إدارة المدرسة
- (2) - عدم استجابة ولي الأمر
- (3) - طلب ولي الأمر عدم التدخل
- (4) - لا توجد تيسيرات كافية لعقد ندوات التوعية
- (5) - انقطاع الطالب عن المدرسة
- (6) - عدم استجابة الطالب للعلاج
- (7) - عدم جدوى المحاولة
- (8) - ليس من صلاحياتي
- (9) - تأثير الشلة أو الصعبة أقوى
- (10) - لم أكتشف حالة لمتابعتها
- (11) - أخرى تذكر

.....
.....

تعليق وملاحظات :

• صحيفة البحث
رقم (٤)
« الخاصة بعمال المدارس (الفراشين) »

إعداد

أ . د . محمود الكردي أ . د . فاروق اسماعيل
د . حسن عيد
* * *

إشراف
د . عبد الله الكيسي

أكتوبر ١٩٨٦ م

* توجه هذه الصحيفة الى مجموعة من العمال (الفراشين) ببعض المدارس الأعدادية والثانوية بمدينة الدوحة .

يهدف هذا البحث إلى التعرف على الاتجاهات نحو مشكلة
تعاطي المخدرات بين الشباب من خلال عينة عشوائية من
العاملين (الفراشين) ببعض المدارس الإعدادية والثانوية
بمدينة الدوحة .

البيانات الواردة في هذه الصحيفة سرية للغاية ولا تستخدم
إلا في الأغراض العلمية للبحث .

أولاً بيانات أساسية :-

سنة
(تحدد)

(1)

(2)

(3)

(1)

(2)

(3)

()

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(1)

(2)

(١) العمر

(٢) الجنسية :

(٣) الديانة :

مسلم

مسيحي

أخرى

(٤) الحالة التعليمية :

يقراً ويكتب

أخرى تذكر

(٥) عدد سنوات العمل بالمدرسة

(٦) الحالة الزوجية :

أعزب

متزوج ولا يعمل

متزوج ويعمل

مطلق

أرملة

(٧) عدد الأبناء :

ذكور

إناث

بيان تفصيلي عن عدد الأبناء :

السن	النوع ذكور إناث	الأبناء	مسلسل
		الابن الأول	١
		الابن الثاني	٢
		الابن الثالث	٣
		الابن الرابع	٤
		الابن الخامس	٥
		الابن السادس	٦

1			
2			
3			
4			
5			
6			

(يذكر)

()

--

(1)

(2)

--

(1)

(2)

--	--

()

فردا

1	
2	
3	
4	

(1)

(2)

(3)

(4)

(٨) المحي الذي تسكن به :

(٩) عدد حجرات المسكن :

(١٠) نوعية حيازة المسكن :

حكومي

ايجار

(١١) غط المسكن :

مستقل

مشارك

(١٢) عدد الأفراد المقيمين بالمسكن

(١٣) الصلة بين المقيمين بالمسكن :

- أفراد أسرة واحدة

- أقارب

- من نفس الجنسية

- من جنسيات مختلفة

ثانياً تصور وجود المشكلة :

(١٤) هل هناك تلاميذ بالمدرسة التي تعمل بها يتعاطون المخدرات ؟

☐

- (١) - نعم أنتقل إلى سؤال (١٦)
- (٢) - لا أنتقل إلى سؤال (٢٤)
- (٣) - لا أدري أنتقل إلى سؤال (٢٤)

(١٥) هل هناك تلاميذ يتعاطون المخدرات بمدارس أخرى ؟

☐

- (١) - نعم أنتقل إلى سؤال (١٦)
- (٢) - لا أنتقل إلى سؤال (٢٤)
- (٣) - لا أدري أنتقل إلى سؤال (٢٤)

(١٦) كيف عرفت ذلك ؟

١	
٢	
٣	
٤	

- (١) - من رؤيتي لهم
- (٢) - سمعت من بعض التلاميذ
- (٣) - سمعت من بعض زملائي
- (٤) - أخرى تذكر

(١٧) من أين يحصل هؤلاء التلاميذ على المخدرات ؟

١	
٢	
٣	
٤	

- (١) - من زملائهم من التلاميذ بالمدرسة
- (٢) - من بعض العاملين بالمدرسة
- (٣) - من الصيدليات
- (٤) - من مصادر أخرى

(١٨) أين يتم التعاطي ؟

☐

- (١) - بالمدرسة انتقل إلى (١٩)
- (٢) - خارج المدرسة انتقل إلى (٢٠)

(١٩) ماهو المكان الذي يتم فيه التعاطي داخل المدرسة ؟

- | | |
|---|-------|
| 1 | (1) |
| 2 | (2) |
| 3 | (3) |
| 4 | (4) |
| 5 | (5) |
| 6 | (6) |
| 7 | (7) |
| 8 | (8) |

- بقاعة الدرس

- بفناء المدرسة

- ملاعب المدرسة

- حول سور المدرسة

- دورة المياه «حمامات»

- حجرة الفراشين

- حجرة الحارس

- أخرى تذكر

(٢٠) ما المكان الذي يتم فيه التعاطي خارج المدرسة ؟

- | | |
|---|-------|
| 1 | (1) |
| 2 | (2) |
| 3 | (3) |
| 4 | (4) |
| 5 | (5) |
| 6 | (6) |
| 7 | (7) |

- البر

- النادي

- السيارة

- منزل

- رحلات البحر

- خارج البلاد

- أخرى تذكر

(٢١) هل تتصور أنها ظاهرة منتشرة بالمدرسة التي تعمل

بها ؟

- | |
|-------|
| (1) |
| (2) |
| (3) |
| (4) |

انتقل الى (٢٢)

- منتشرة بكثرة

انتقل الى (٢٣)

- منتشرة الى حد ما

انتقل الى (٢٣)

- قليلة الانتشار

انتقل الى (٢٤)

- لا أدري

(٢٢) كيف توصلت الى هذه النتيجة ؟

- | | | |
|---|--|-------|
| 1 | | (1) |
| 2 | | (2) |
| 3 | | (3) |

- من رؤيتي لعدد كبير من التلاميذ المتعاطين بالمدرسة
- من سماعي عنهم
- أخرى تذكر

(٢٣) ولماذا تعتقد أنها قليلة الانتشار ؟

- | | | |
|---|--|-------|
| 1 | | (1) |
| 2 | | (2) |
| 3 | | (3) |

- من قلة عدد المتعاطين الذي رأيته
- من سماعي عن عدد قليل من المتعاطين
- أخرى تذكر

ثالثا ملامح التعاطي :

(٢٤) كيف تتعرف على التلميذ المتعاطي ؟

- | | | |
|---|--|-------|
| 1 | | (1) |
| 2 | | (2) |
| 3 | | (3) |
| 4 | | (4) |
| 5 | | (5) |
| 6 | | (6) |
| 7 | | (7) |
| 8 | | (8) |
| 9 | | (9) |

- احتقان العينين
- الضعف والخمول
- شحوب الوجه
- التعب بعد اقل مجهود
- العدوان والتخريب
- تقلب المزاج
- اثارة مشكلات
- الكذب والسرقة
- أخرى تذكر

(٢٥) هل هناك تصرفات (سلوكية) تميز التلميذ المتعاطي داخل المدرسة ؟

- (1) -نعم انتقل الى سؤال (٢٦)
(2) -لا انتقل الى سؤال (٢٧)
(3) -لا أدري انتقل الى سؤال (٢٧)
(٢٦) ماهي ؟

- (1) - الهروب أثناء الدوام المدرسي
(2) - عدم الانتظام في حضور الحصص الدراسية
(3) - عدم احترام المدرسين
(4) - أخرى تذكر

رابعاً أسباب التعاطي ؟

(٢٧) ما الأسباب التي ترى أنها تقف وراء التعاطي ؟

- (1) - سهولة الحصول على المخدر
(2) - الصعوبة
(3) - زيادة وقت الفراغ
(4) - الغنسي
(5) - التدليل الزائد
(6) - عدم الميل للدراسة
(7) - أخرى تذكر

خامساً مشكلات مرتبة على التعاطي :

(٢٨) ما المشكلات المترتبة على تعاطي التلاميذ المخدرات

في رأيك ؟

- | | |
|---|-------|
| 1 | (1) |
| 2 | (2) |
| 3 | (3) |
| 4 | (4) |
| 5 | (5) |
| 6 | (6) |

- تعدد الرسوب

- كثرة الغياب

- الضبط والتوقيف في جريمة

- انفاق مزيد من المال

- التصرف في الممتلكات الشخصية

- أخرى تذكر

.....

.....

رقم « ٥ »

« دليل دراسة الحالة »

إعداد

أ . د . فاروق اسماعيل أ . د . عمود الكردي
د . حسن عيد
* * *

إشراف

د . عبد الله الكيسي

* * *

أكتوبر ١٩٨٦ م

* - يعتمد في هذه الأداة على أسلوبي الملاحظة، والمقابلة .

- تجمع المادة المتاحة بواسطة الباحثين الرئيسيين .

- تطبق هذه الأداة على حالات مدعنة بالفعل

أولا : بيانات أولية :

الاسم :

السن :

الجنسية :

منطقة الإقامة

الحالة التعليمية :

الترتيب بين الأخوة والأخوات :

الحالة الاجتماعية :

وجود الأب أو عدم وجوده :

وجود الأم أو غيابها :

عدد مرات الزواج بالنسبة للأب :

عدد مرات الزواج بالنسبة للأم :

المقيمون في الوحدة المعيشية :

ثانيا العلاقات الأسرية :

العلاقة بالأب : « مثل أعلى - مجرد دعم مادي - دعم عاطفي - تبادل الرأي والمشورة - النصح والارشاد - مناقشة المشاكل الشخصية - الثواب والعقاب (قيود على الحرية الشخصية - جسدي - حرمان - مادي - تأنيب وتوبيخ - ايذاء للمشاعر) - مدى الارتباط « الأهتمام أو اللامبالاة » - ايجابية الأب أو سلبية - تفضيل الأب على الأم - المشكلات بين الأب والأبن ان وجدت

العلاقة بالأم : الدعم المادي - العاطفي ، الاستجابة للطلبات - النصح والارشاد - الثواب والعقاب - الخوف من الأم - قسوة الأم أو لينها - مشكلات بين الأبن والأم ونوعها ، تفضيل الأم عن الأب

ثالثاً العلاقة بين الأخوة والأخوات :

الترتيب، التفضيل للذكور، التفضيل للإناث، الى من يلجأ الابن عند الحاجة ؟
امكانية مناقشة المشاكل الخاصة معهم - قضاء وقت الفراغ - وجود نفور مع البعض
وما الأسباب ؟

رابعاً التكيف أو التوافق الأمري :

الشعور بسعادة الأب والأم - العلاقة بين الوالدين سيئة - اللامبالاة بين الطرفين - إهمال كل منهما للآخر - احترام كل منهما للآخر - شعور الأم بالضعف وقلة الحيلة - تسلط الأب - الزواج بأخرى - تسلط الأم - القرارات من جانب واحد (الأب أو الأم) - رؤيته الشخصية للعلاقة الوالدية وتقييمه لها .

خامساً العلاقة بالاصدقاء :

عدم وجود أصدقاء - الميل للعزلة - يوجد أصدقاء ولا يفضل مقابلتهم كثيراً - الحرية في اختيار الاصدقاء - قيود أسرية في اختيار الأصدقاء (رفض الأسرة لصديق - مدى حدوثه ؟ وماذا فعلت ؟ - حرية قضاء وقت الفراغ معهم - عدد المرات يومياً أو أسبوعياً - دعوة الأصدقاء للبيت أمر ميسور - حرية مقابلتهم في الخارج - ملائمة الأصدقاء من حيث السن (أكبر، مناسب، أصغر) - مدى اللجوء للاصدقاء عند المشاكل (الأولية للاب، للأم، للأخوة، للأصدقاء) ..

سادساً الحالة الصحية والمزاجية :

- أمراض سابقة : تحديد المرض وتاريخه أن أمكن
- أمراض أو اعراض نفسية : اكتئاب، الشعور بالضياع.
- أنطواء . . . أخرى تحدد .

سابعاً التاريخ الأدماي :

- تعايطي أأء الوالدين (نوع المأءر) .
- تعايطي أأء الأءوء (نوع المأءر)
- تعايطي أأء الأقارب (نوع المأءر)
- تعايطي أأء الأءقاء أو المعارف (نوع المأءر) .
- التعايطي لأول مرة (مع من ؟ وكيف ؟)
- تاريخ التعايطي ؟ المكان، الءافع للتعاطي أول مرة
- (التأرب أو الرغبة في التأرب، مسائرة الأءربن) .
- الشعور بالنءم
- مفاءة الوالدين أو أءءها أو أأء الأءوء في ذلك . رءوء الفعل .
- المسن عئء التعايطي
- انواء المواء التي تعاطها .
- تعايطي أكءر من مأءر، في وقت واءء .
- اسباب تأرب المأءر البءء عن مأءر أفضل، الاسءمراوية بالنسبة لكل مأءر .
- (المعائاة التي ترتب عى غياب الماءة المأءرة لفاءة من الوقت)
- عئء مرات التعايطي أسبوعيا أو شهريا
- كيفية تأرب نفقاء المأءر .
- مصادر المأصول عى المأءر- صءيق- قريب- أأء الأءوء- صئءلية الخ
- مشاكل ترتب عى التعايطي :
- أسرية :
- ءراسية :
- مالية :

- في مجال العمل :
- صحية ونفسية (أمراض عضوية - القدرة على التركيز . .)
- قانونية :

ثامناً الدافع وراء التقدم الى وحدة رعاية الأطفال والبالغين بالصحة المدرسية :

- الشعور الذاتي بالمشكلة
- الزام ولي الأمر
- علم القدرة على الاقلاع عن المخدر .
- علم القدرة على تدبير نفقات الادمان .
- تدهور الأحوال الصحية أو النفسية (حالات تسمم، نوبات صرع)
- التخلف الدراسي .
- نصيحة أحد الوالدين أو الأخوة أو الأقارب أو الاصدقاء .
- سوء الحالة الاجتماعية .
- تاريخ الوصول الى الوحدة النفسية .
- مدى معرفة الآخرين بالتردد على الوحدة النفسية .
- مدى تقدم العلاج
- حدوث حالات نكوص والعودة الى المخدر - (الاسباب)
- الاعتقاد في امكانية الشفاء، (الاسباب)
- الاعتقاد في عدم امكانية الشفاء، (الاسباب) .

ملحق رقم (٢)

جداول صحيفة البحث

أ- جداول صحيفة البحث رقم (١)

الخاصة بالطالب

جدول رقم (١)
توزيع العينة وفقاً للسنة

النسبة	التكرار	فئات السن
٠,٩ %	٨	أقل من ١٢ سنة
٢١,٤ %	٢٠١	من ١٢ إلى ١٦
٥٩,٣ %	٥٥٦	من ١٦ إلى ٢٠
١٨,٣ %	١٧٢	٢٠ سنة فأكثر
١٠٠ %	٩٣٧	

جدول رقم (٢)
توزيع العينة وفقاً للجنسية

الجنسية	التكرار	النسبة
غير محدد	٣٤	% ٣,٦
قطر	٥٩٧	% ٦٣,٦
السعودية	٢	% ,٢
البحرين	١٣	% ١,٧
الامارات	١	% ,١
عمان	٧	% ,٧
العراق	١	% ,١
اليمن الشمالي	٦	% ,٦
اليمن الجنوبي	٢	% ,٢
الأردن	٦٨	% ٧,٢
فلسطين	٩٤	% ١٠
سوريا	٨	% ,٩
لبنان	٥	% ,٥
اليمن (غير محدد شمالي أو جنوبي)	١١	% ١,٢
مصر	٥٣	% ٥,٧
السودان	٩	% ١
تونس	١	% ١
المغرب	١	% ١
الصومال	٦	% ,٦
الفلبين	٢	% ,٢
ايران	٥	% ,٥
باكستان	٦	% ,٦
بنجلاديش	٥	% ,٥
أخرى غير محدد	١	% ,١
دول افريقية غير عربية	٥	% ,٥
	٩٣٧	% ١٠٠

جدول رقم (٣)
توزيع العينة وفقا للديانة

النسبة	التكرار	الديانة
٢,٥ %	٢٣	غير مبين
٩٦,٩ %	٩٠٩	مسلم
٠,٥ %	٥	مسيحي
١٠٠ %	٩٣٧	

جدول رقم (٤)
توزيع العينة وفقا للمرحلة الدراسية

النسبة	التكرار	المرحلة
٢,٢ %	٢	غير مبين
٣٢,٩ %	٣٠٨	اعدادي
٦٦,٩ %	٦٢٧	ثانوي
١٠٠ %	٩٣٧	

جدول رقم (٥)
توزيع العينة وفقاً للشعبة

النسبة	التكرار	الشعبة
٤٧,٣ %	٤٤٤	غير معين (اعدادي)
١٤,٦ %	١٣٧	أدبي
٣٧,٤ %	٣٥١	علمي
٦ %	٥	رياضة
١٠٠ %	٩٣٧	

جدول رقم (٦)
توزيع العينة وفقاً للمصف الدراسي

النسبة	التكرار	المصف الدراسي
٥ %	٤٧	غير معين
٢,٨ %	٢٦	أولى
٥٠,٤ %	٤٧٣	ثانية (اعدادي / ثانوي)
٤١,٧ %	٣٩١	ثالثة
١٠٠ %	٩٣٧	

جداول رقم (٧)
توزيع العينة وفق عدد مرات الرسوب

عدد مرات الرسوب	التكرار	النسبة
غير ميين (لم يرسب اطلاقاً)	٥٩٢	٪٦٣,١
مرة	١٩٣	٪٢٠,٦
٢	٨٧	٪ ٩,٣
٣	٣٤	٪ ٣,٦
٤	١٧	٪ ١,٨
٥	٦	٪ ,٦
٦	٤	٪ ,٤
٧	١	٪ ,١
٩	٣	٪ ,٣
	٩٣٧	٪١٠٠

جداول رقم (٨)
توزيع العينة وفق المستوى التعليمي للوالد

الحالة التعليمية	التكرار	النسبة
غير ميين	٣٨	٪ ٤,١
أسي	٢٢٧	٪٢٤,٢
يقراً ويكتب	٢٥٤	٪٢٧,١
ابتدائية	٧٣	٪ ٧,٨
اعدادية	٧٢	٪ ٧,٧
ثانوية	١٠٤	٪١١,١
جامعية	١١٠	٪١١,٧
أعلى من جامعية	٥٩	٪ ٦,٣
	٩٣٧	٪١٠٠

جدول رقم (٩)
توزيع العينة وفق مهنة الوالد

المهنة	التكرار	النسبة
غير مبين	٩١	٪ ٩,٧
عاطل	١٣	٪ ١,٤
بالمعاش	١١٦	٪ ١٢,٤
طالب	١	٪ ,١
موظف أو كاتب حكومي	٢١٨	٪ ٢٣,٢
موظف فني	٢٦	٪ ٢,٨
عمال غير مهرة	٤٨	٪ ٥,١
عامل فني	٣٠	٪ ٣,٢
عامل في قطاع البترول	٥	٪ ,٥
الجيش	٥١	٪ ٥,٤
تاجر	١١٨	٪ ١٢,٦
مقاول - متعهد بناء	٢٧	٪ ٢,٩
موظف في الشرطة	١	٪ ,١
مهن فنية	٦٩	٪ ٧,٤
خبير	٢	٪ ,٢
مدرس	٥٧	٪ ٦,١
انحصائي اجتماعي	٢	٪ ,٢
متوفي	٦٢	٪ ٦,٦
	٩٣٧	٪ ١٠٠

جدول رقم (١٠)
توزيع العينة وفق الترتيب في الأسرة

الترتيب	التكرار	النسبة
غير ميين	٩٣	٪ ٩,٩
الأول	١٦٦	٪ ١٧,٧
٢	١٤٠	٪ ١٤,٩
٣	١٣٣	٪ ١٤,٢
٤	١٢٣	٪ ١٣,١
٥	٩٥	٪ ١٠,١
٦	٨٣	٪ ٨,٨
٧	٦٥	٪ ٦,٩
٨	٢١	٪ ٢,٢
٩	١٦	٪ ١,٧
	٩٣٧	٪ ١٠٠

جدول رقم (١١)
توزيع من جاء في الترتيب الأول
وفق النوع (ذكور أم انثى)

النوع	التكرار	النسبة
ذكور	٥١٢	٪ ٥٤,٦
انثى	٣٧٤	٪ ٣٩,٩
غير ميين	٥٢	٪ ٥,٥

جداول رقم (١٢)
توزيع من جاء في الترتيب الثاني
وفق النوع (ذكور أم انث) سؤال رقم ٩

النوع	التكرار	النسبة
ذكور	٤٥٩	%٤٨,٩
انث	٣٩٨	%٤٢,٤
غير مبين	٧٩	% ٨,٤

جداول رقم (١٣)
توزيع من جاموا في الترتيب الثالث
وفق النوع (ذكور أم انث) سؤال رقم ٩

النوع	التكرار	النسبة
ذكور	٤٣٠	%٤٥,٨
انث	٣٧٠	%٣٩,٤
غير مبين	١٣٣	%١٤,٥

جدول رقم (١٤)
توزيع من جاءوا في الترتيب الرابع
وفق النوع (ذكور أم أنث) سؤال رقم ٩

النوع	التكرار	النسبة
ذكور	٣٩٥	%٤٢,١
اناث	٣٢٩	%٣٥,١
غير مبين	٢١٤	%٢٢,٨

جدول رقم (١٥)
توزيع من جاءوا في الترتيب الخامس
وفق النوع (ذكور أم أنث) سؤال رقم ٩

النوع	التكرار	النسبة
ذكور	٣٤٥	%٣٦,٨
اناث	٢٦٦	%٢٨,٤
غير مبين	٣٢٥	%٣٤,٧

جدول رقم (١٦)
توزيع العينة وفق السكن (الفريج)

النسبة	التكرار	منطقة السكن
٪١٠,٧	١٠٠	غير ميين
٪ ,١	١	١ أبو فنتاس
٪ ,٦	٦	٢ العسيري
٪ ,١	١	٣ الأصمخ
٪ ,٧	٧	٤ العزيزية
٪ ,١	١	٥ البحارنة
٪١	٩	٦ البادي
٪ ,١	١	٧ الجسرة
٪ ٣,١	٢٨	٨ الغرافة
٪ ١,٩	١٨	٩ الهتمي
٪ ,١	١	١٠ AL KESHA
٪ ١,٣	١٢	١١ الخليفات
٪ ,٤	٤	١٢ الحور
٪ ٣,٢	٣٠	١٣ المنصورة
٪ ١,٣	١٢	١٤ المرخية
٪ ,٢	٢	١٥ المرقاب
٪ ٣,١	٢٩	١٦ المنتزة
٪ ٢,٣	٢٢	١٧ النصر
٪ ,٢	٢	١٨ النعيجه
٪ ١,٥	١٤	١٩ النجمة
٪ ١,٨	١٧	٢٠ الرميلة
٪ ٢,٧	٢٥	٢١ السد
٪ ١,١	١٠	٢٢ السلطة الجديدة
٪ ,١	١	٢٣ السلطة القديم
٪ ,٤	٤	٢٤ الوكير
٪ ٣,٢	٣٠	٢٥ الوكسرة
٪ ,٣	٣	٢٦ الزبارة

تابع - جدول رقم (١٦)
توزيع العينة وفق السكن (الفريج)

النسبة	التكرار	منطقة السكن
٢,٢ %	٢	٢٧ الرويس
١,١ %	١	٢٨ فريق بن درهم
٤,٨ %	٤٥	٢٩ فريق بن محمود
٨,١ %	٧٦	٣٠ فريق بن عمران
١,١ %	١	٣١ دخان
٥,٥ %	٥	٣٢ جازا
١,١ %	١٠	٣٣ الغانم الجديد
٩,٩ %	٨	٣٤ الغانم القديم
١٨ %	١٦٩	٣٥ خليفة الجنوبية
٥,٨ %	٥٤	٣٦ خليفة الشمالية
٣,٦ %	٣٤	٣٧ المطار القديم
١,٢ %	١١	٣٨ Meezar
١,٣ %	١٢	٣٩ مشيرب
٤,٣ %	٤٠	٤٠ الدوحة الجديدة
٢,٢ %	٢	٤١ رأس أبو عبود
٣,٦ %	٣٤	٤٢ الريان الجديد
١,٤ %	١٣	٤٣ الريان القديم
٣,٣ %	٣	٤٤ سلوى
١,٤ %	١٣	٤٥ أم غويلينا
٣,٣ %	٣	٤٦ أم صلال علي
٦,٦ %	٦	٤٧ أم صلال محمد
١,١ %	١	٤٨ وادي السيل
١,١ %	١	٤٩ غير محدد
١٠٠ %		

جدول رقم (١٧)
توزيع العينة وفقاً لعدد حجرات المسكن

عدد الحجرات	التكرار	النسبة
غير ميين	٤٦	% ٤,٩
١	١٣	% ١,٤
٢	١٢	% ١,٣
٣	٧٥	% ٨
٤	١١٢	% ١١,٩
٥	١٥٧	% ١٦,٧
٦	١٥١	% ١٦,١
٧	٩٠	% ٩,٦
٨	٧٣	% ٧,٨
٩	٥٦	% ٦
١٠	٣٣	% ٣,٥
١١	٢٣	% ٢,٥
١٢	٢٤	% ٢,٦
١٣	١٤	% ١,٥
١٤	٣	% ,٣
١٥	١٥	% ١,٦
١٦	٢	% ,٢
١٧	٢	% ,٢
١٨	٣	% ,٣
١٩	٣	% ,٣
٢٠	١٥	% ١,٦
٢١	٢	% ,٢
٢٢	٣	% ,٣
٢٤	١	% ,١
٢٥	٤	% ,٤
٢٦	١	% ,١
٣٠	٤	% ,٤
	٩٣٧	% ١٠٠

جدول رقم (١٨)
توزيع العينة وفق نوعية المسكن (ملك - ايجار - حكومي)

النسبة	التكرار	نوع السكن
٦ , ٦ %	٦	غير ميين
٥١,٧ %	٤٨٥	ملك
٢٦,٨ %	٢٥٣	حكومي
٢٠,٦ %	١٩٣	ايجار

جدول رقم (١٩)
توزيع العينة وفق غط السكن

النسبة	التكرار	نمط السكن
١,٦ %	١٥	غير ميين
٣٢,٦ %	٣٠١	فيلا
٥٠ %	٤٦٩	بيت شعبي
١١,٨ %	١١١	شقة
٤,٢ %	٣٩	أخرى

جدول رقم (٢٠)
توزيع العينة وفق تصورهم لنوعية المواد المخدرة (س ١٢)

النسبة	التكرار	المواد المخدرة
٪ ٢,٨	١٨٢	اسبرين
٪ ١٤	٩٠١	حشيش
٪ ٥	٣٢٠	حبوب منبهة
٪ ٥,٢	٣٣٤	مهدئات فالسيوم وروش ٢
٪ ٦,٥	٩١٤	المنومات
٪ ٨,٦	٥٥٤	حبوب الملوسة
٪ ١١,٤	٧٣٤	الكوكايين
٪ ١١,٦	٧٩٢	الهروين
٪ ١١,٧	٧٥٤	الأفيون (ترياق)
٪ ٨,٥	٥٩٣	مركبات الأفيون - المورفين ، الكودايين
٪ ١٠,١	٦٤٩	البتول والصمغ والغراء
٪ ٤,٥	٢٩٢	أخرى تذكر
٪ ١٠٠		

جدول رقم (٢١)
توزيع العينة وفق نوعية المواد المخدرة
(أخرى تذكر)

النسبة	التكرار	نوع المخدر
٧٢٪	٦٧٥	غير ميين (أولئك الذين ذكروا المخدرات في الجدول السابق)
١,١٪	١٠	١ ثفل أسود + سجائر
١,١٪	١	٢ سفن أب + ييف باف
١,١٪	١	٣ سفن أب + بيرة
٣,٣٪	٣	٤ حبوب من الصيدليات (كل خمس حببات مرة واحدة)
٢,٧٪	٢٥	٥ دواء البروتوفيل للكحة
٥,٢٪	٤٩	٦ كولونيا
١,٨٪	١٧	٧ كريم نيفيا بالخبز
٥,٥٪	٥	٨ حرق النمل وشم رائحته
٢,٢٪	٢	٩ ماكس فورت
٩,٩٪	٨	١٠ البان على البيسي كولا وأخذ الاستيم والتطعيم به
١,١٪	١	١٢ خبز في ماسورة العادم مع تشغيل المحرك
٥,٢٪	٤٩	١٣ القات
٢,٢٪	٢	١٤ الإثير
١,٥٪	١٤	٢٠ العرقى
١,١٪	١	٢١ الكلوروفورم

تابع - جدول رقم (٢١)
توزيع العينة وفق نوعية المواد المخدرة
(أخرى تذكر)

النسبة	التكرار	نوع المخدر
٢, ٪	٢	٢٢ الماريجوانا
٣, ٪	٣	٢٤ المعسل + الكرد (خفيف)
		٢٥ مكس (خليط من هيروين
٣, ٪	٣	+ كوكايين)
١, ٪	١	٢٦ برادة الالمونيوم
١, ٪	١	٢٧ تنبلك ثقيل
١, ٪	١	٢٨ توم + هيل + قشور الحمضيات
٢, ٪	٢	٢٩ تيم + اسبرين
١,٤, ٪	١٣	٣٠ حبوب تربنتول (صفراء)
١,٧, ٪	١٦	٣١ سبرتو + عطر
٢, ٪	٢	٣٢ شوكي (بودرة مخدرة)
١, ٪	١	٣٣ عصارة الأشجار
٦, ٪	٦	٣٤ غاز الولاة
٧, ٪	٧	٣٥ كبسولات فاليوم (المخدرة)
٢, ٪	٢	٣٦ كراك
١, ٪	١	٣٧ (كوتش) اطار السيارات
١, ٪	١	٣٨ مخدر استيكي (يضاعف الصوت)
١, ٪	١	٣٩ اسيتون (مزيل الكتابة)
		٤٠ غل + اكتفيد + نيفيا
٧, ٪	٧	+ شعر العقال
٣, ٪	٣	٤٢ يود

جدول رقم (٢٢)
توزيع العينة وفق مصدر الساع عن المواد المخندرة

النسبة	التكرار	المخندر
٪٢٥,٦	٧٨٧	من الأفلام والمسلسلات (تليفزيون)
٪١٩,٧	٦٠٦	من الأفلام والمسلسلات (فيديو)
٪١٣,١	٤٠٥	زملاء وأصدقاء
٪ ٦,٣	١٩٤	أقارب وإخوان
٪ ٩,٢	٢٨٤	من السفر للخارج
٪٢٢,٦	٦٩٧	الصحف والمجلات
٪ ٠,٦	٦	رجال الشرطة
٪ ٠,٥	٥	القراءة (دون تحديد)
٪ ٠,١	١	من الآباء والأمهات
٪ ٠,٦	٦	من الرؤية المباشرة
٪ ٠,٢	٢	من المدمنين أنفسهم
٪ ٠,٣	٣	البرامج الطبية
٪ ٠,٩	٨	المواعظ في المساجد
٪ ٠,٣	٣	محاضرة أو ندوة ثقافية
٪ ٠,٤	٤	غير محدد

جدول رقم (٢٣)
توزيع العينة وفق احتمالية السفر للخارج في العطلات الرسمية

النسبة	التكرار	احتمالية السفر
٪ ٣,٨	٣٦	غير ميين
٪٧٨,٨	٧٣٩	نعم
٪١٧,٣	١٦٢	لا

جدول رقم (٢٤)
توزيع العينة وفق عدد مرات السفر للخارج

عدد المرات	التكرار	النسبة
غير مبين	٢٠٢	٪٢١,٥
مرة	٢٢٦	٪٢٤,١
٢	١٤٣	٪١٥,٢
٣	١٠٠	٪١٠,٧
٤	٦٢	٪ ٦,٦
٥	٤٣	٪ ٤,٦
٦	٢٥	٪ ٢,٧
٧	٢٧	٪ ٢,٩
٨	٢٢	٪ ٢,٣
٩	١٢	٪ ١,٣
١٠	١٧	٪ ١,٨
١١	٣	٪ ,٣
١٢	٦	٪ ,٦
١٣	٥	٪ ,٥
١٤	١	٪ ,١
١٥	١٠	٪ ١,١
١٦	٤	٪ ,٤
١٧	٢	٪ ,٢
١٨	١	٪ ,١
١٩	١	٪ ,١
٢٠	١١	٪ ١,٢
٢١	—	—
٢٢	—	—
٢٣	١	٪ ,١
٢٤	—	—
٢٥	٢	٪ ,٢
٢٦	١	٪ ,١
٢٧	—	—

جلول رقم (٢٥)
توزيع العينة وفق مدة السفر للخارج (سؤال ١٥)

النسبة	التكرار	المدة
٪٢٦,١	٢٤٥	غير ميين
٪٢٧,٩	٢٦٤	أقل من شهر
٪١٧,٤	١٦٤	١ - ٢
٪١٠,٧	١٠١	٢ - ٣
٪ ٥,٦	٥٣	٣ - ٤
٪ ٢,٤	٢٣	٤ - ٥
٪ ,٩	٨	٥ - ٦
٪ ١,٨	١٧	٦ - ٧
٪ ,٤	٤	٧ - ٨
٪ ,٧	٧	٨ - ٩
٪ ,٩	٨	٩ - ١٠
٪١	٩	١٠ - ١١
—	—	١١ - ١٢
٪ ,٧	٧	١٢ - ١٣
—	—	١٣ - ١٤
٪ ,٣	٣	١٤ - ١٥
٪ ,٢	٢	١٥ - ١٦
٪ ,٢	٢	١٦ - ١٧
—	—	١٧ - ١٨
٪ ,٣	٣	١٨ - ١٩
—	—	١٩ - ٢٠
٪ ,٢	٢	٢٠ - ٢١
٪ ,١	١	٢١ - ٢٢
—	—	٢٢ - ٢٣
—	—	٢٣ - ٢٤
٪ ,٥	٥	٢٤ - ٢٥

تابع - جدول رقم (٢٥)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الثانية في الترتيب

الجهة	التكرار	النسبة
٢٥ - ٢٦	—	—
٢٦ - ٢٧	—	—
٢٧ - ٢٨	٢	٢, ٪
٢٨ - ٢٩	—	—
٢٩ - ٣٠	—	—
أكثر من ثلاثين شهر	٨	٨, ٪

جدول رقم (٢٦)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الأولى في الترتيب

الجهة	التكرار	النسبة
غير ميين	١٨٣	٪١٩,٥
قطر	١	٪ ,١
الكويت	١٧	٪ ١,٨
السعودية	١٠١	٪١٠,٨
البحرين	٥٥	٪ ٥,٩
الامارات	١١٨	٪١٢,٦
عمان	٣	٪ ,٣
العراق	٥	٪ ,٥
اليمن (الشمالي والجنوبي)	٣	٪ ,٣
الأردن	٣٧	٪ ٣,٩
فلسطين	١٢	٪ ١,٣
سوريا	١٧	٪ ١,٨
لبنان	١٤	٪ ١,٥
مصر	١٣٨	٪١٤,٧
السودان	٢	٪ ,٢
ليبيا	١	٪ ,١
تونس	١	٪ ,١
الجزائر	١	٪ ,١
المغرب	١	٪ ,١
موريتانيا	١	٪ ,١

تابع جدول رقم (٢٦)
توزيع المينة وفق جهة السفر للخارج

الجهة	التكرار	النسبة
الصين الشعبية	٢	٢, ٪
الفلبين	١	١, ٪
الهند	٢٢	٢٣, ٪
اليابان	١	١, ٪
ايران	٢	٢, ٪
باكستان	٢	٢, ٪
بنجلاديش	١	١, ٪
تايلاند	٦	٦, ٪
تركيا	٥	٥, ٪
كوريا الجنوبية	٤	٤, ٪
كوريا الشمالية	١	١, ٪
اسبانيا	١	١, ٪
ألمانيا الاتحادية	١٨	١٩, ٪
انجلترا	٩٦	١٠٢, ٪
النمسا	١١	١٢, ٪
اليونان	٥	٥, ٪
ايطاليا	٢	٢, ٪
بلجيكا	١	١, ٪
سويسرا	١	١, ٪
فرنسا	١١	١٢, ٪
قبرص	١١	١٢, ٪
هولندا	١	١, ٪

تابع - جدول رقم (٢٦)
توزيع المينة وفق جهة السفر للخارج

الجهة	التكرار	النسبة
تشيكوسلوفاكيا	٢	٢ , %
بلغاريا	١	١ , %
أخرى	١	١ , %
الاتحاد السوفيتي	—	—
الولايات المتحدة الأمريكية	١١	١٢ , %
البرازيل	٢	٢ , %
دول أفريقية غير عربية	٥	٥ , %
	٩٣٧	١٠٠ %

جدول رقم (٢٧)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الثانية في الترتيب

الجهة	التكرار	النسبة
غير ميين	٢٨٧	٪٣٠,٦
الكويت	٣٣	٪ ٣,٥
السعودية	٩٢	٪ ٩,٨
البحرين	٥٥	٪ ٥,٩
الامارات العربية	٧٨	٪ ٨,٣
عمان	٩	٪١
العراق	٢	٪ ,٢
اليمن الشمالي والجنوبي	٣	٪ ,٣
الأردن	٣٦	٪ ٣,٨
فلسطين	٨	٪ ,٩
سوريا	٢٢	٪ ٢,٣
لبنان	١٤	٪ ١,٥
مصر	٦١	٪ ٦,٥
ليبيا	١	٪ ,١
تونس	٢	٪ ,٢
الجزائر	٣	٪ ,٣
المغرب	١	٪ ,١
الفلبين	٣	٪ ,٣
الهند	٢٢	٪ ٢,٣
اليابان	١	٪ ,١
ايران	٣	٪ ,٣
باكستان	١	٪ ,١
تايلاند	٦	٪ ,٦
تركيا	١٢	٪ ١,٣

تابع - جدول رقم (٢٧)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الثانية في الترتيب

الجهة	التكرار	النسبة
كوريا الجنوبية	٣	٣, %
كوريا الشمالية	١	١, %
ماليزيا	١	١, %
اسبانيا	٤	٤, %
الدنمارك	١	١, %
المانيا الاتحادية	١٧	١٨, %
المملكة المتحدة	٧١	٧٦, %
النمسا	١٥	١٦, %
اليونان	٨	٩, %
ايرلندا	١	١, %
ايطاليا	١	١, %
بلجيكا	٣	٣, %
سان مارينو	١	١, %
سويسرا	٦	٦, %
فرنسا	٢٤	٢٦, %
قبرص	١٥	١٦, %
هولندا	٣	٣, %
الولايات المتحدة	٦	٦, %
البرازيل	٢	٢, %
	٩٣٧	١٠٠, %

جدول رقم (٢٨)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الثالثة في الترتيب

النسبة	التكرار	الجهة
٤٥,٤ %	٤٢٦	غير ميين
١ %	١	قطر
٢,٧ %	٢٥	الكويت
٥,١ %	٤٨	البحرين
٦,٣ %	٥٩	الامارات العربية
٥ %	٥	عمان
٤ %	٤	العراق
٢,١ %	٢٠	الاردن
٦ %	٦	فلسطين
١,٥ %	١٤	سوريا
١,١ %	١٠	لبنان
٣,٦ %	٣٤	مصر
١ %	١	السودان
١ %	١	تونس
٣ %	٣	الجزائر
٦ %	٦	المغرب
٢ %	٢	الصومال
١ %	١	الصين الشعبية
٣ %	٣	الفلبين
٢,٢ %	٢١	الهند
١ %	١	اندونيسيا
٢ %	٢	ايران
١ %	١	باكستان

تابع - جدول رقم (٢٨)

الجمهورية	التكرار	النسبة
تايلاند	١	٪ ٠,١
تركيا	٩	٪ ٠,١
سنغافورة	١	٪ ٠,١
كوريا الجنوبية	١	٪ ٠,١
ماليزيا	١	٪ ٠,١
اسبانيا	٢	٪ ٠,٢
السويد	١	٪ ٠,١
المانيا الاتحادية	١٧	٪ ١,٨
المملكة المتحدة	٣٧	٪ ٣,٩
النمسا	٦	٪ ٠,٦
اليونان	٨	٪ ٠,٩
ايطاليا	٣	٪ ٠,٣
بلجيكا	٤	٪ ٠,٤
سان مارينو	٢	٪ ٠,٢
سويسرا	٦	٪ ٠,٦
فرنسا	٢٠	٪ ٢,١
قبرص	١٤	٪ ١,٥
مالطا	١	٪ ٠,١
هولندا	٦	٪ ٠,٦
الاتحاد السوفيتي	٢	٪ ٠,٢
رومانيا	٣	٪ ٠,٣
بلغاريا	٤	٪ ٠,٤
الولايات المتحدة	١٣	٪ ١,٤
كندا	١	٪ ٠,١
	٩٣٧	٪ ١٠٠

جدول رقم (٢٩)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الرابعة في الترتيب

الجهة	التكرار	النسبة
غير مبين	٥٧١	٪٦٠,٩
الكويت	٢١	٪ ٢,٢
السعودية	٤٠	٪ ٤,٣
البحرين	٣٧	٪ ٣,٩
الامارات العربية	٤٨	٪ ٥,١
عمان	٩	٪ ١
العراق	٧	٪ ,٧
الاردن	٧	٪ ,٧
فلسطين	٥	٪ ,٥
سوريا	١٤	٪ ١,٥
لبنان	١٠	٪ ١,١
مصر	٢٧	٪ ٢,٩
السودان	٢	٪ ,٢
تونس	١	٪ ,١
الجزائر	٢	٪ ,٢
المغرب	١	٪ ,١
افغانستان	١	٪ ,١
الفلبين	٢	٪ ,٢
الهند	١٩	٪ ٢
اليابان	١	٪ ,١
ايران	٢	٪ ,٢
باكستان	٢	٪ ,٢
تايلاند	١	٪ ,١
تركيا	٧	٪ ,٧

تابع - جدول (٢٩)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الرابعة في الترتيب

النسبة	التكرار	الجهة
١ , ١ %	١	سنغافورة
٢ , ٢ %	٢	كوريا الجنوبية
١ , ١ %	١	ماليزيا
١ , ١ %	١	نيبال
٢ , ٢ %	٢	اسبانيا
١١ , ٢ %	١١	ألمانيا الاتحادية
٢٨ , ٣ %	٢٨	المملكة المتحدة
٥ , ٥ %	٥	النمسا
٦ , ٦ %	٦	اليونان
٢ , ٢ %	٢	بلجيكا
٢ , ٢ %	٢	سويسرا
١٣ , ٤ %	١٣	فرنسا
٧ , ٧ %	٧	قبرص
١ , ١ %	١	هولندا
١ , ١ %	١	رومانيا
٣ , ٣ %	٣	بلغاريا
٢ , ٢ %	٢	أخرى
١٣ , ٤ %	١٣	الولايات المتحدة

جدول رقم (٣٠)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الخامسة في الترتيب

الجهة	التكرار	النسبة
غير ميين	٦٨٨	٪٧٣,٣
الكويت	١٨	٪ ١,٩
السعودية	٣٣	٪ ٣,٥
البحرين	١٩	٪ ٢
الامارات	٢٨	٪ ٣
عمان	٩	٪ ١
العراق	٤	٪ ,٤
الاردن	٩	٪ ١
فلسطين	٢	٪ ,٢
سوريا	٧	٪ ,٧
لبنان	٨	٪ ,٩
مصر	١٦	٪ ١,٧
السودان	١	٪ ,١
تونس	١	٪ ,١
المغرب	٣	٪ ,٣
موريتانيا	١	٪ ,١

تابع - جدول رقم (٣٠)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الخامسة في الترتيب

الجهة	التكرار	النسبة
الهند	١٠	٪ ١,١
اندونيسيا	١	٪ ,١
ايران	٢	٪ ,٢
اليابان	٢	٪ ,٢
بنجلاديش	١	٪ ,١
تايلاند	١	٪ ,١
تركيا	١٠	٪ ١,١
سنغافورة	١	٪ ,١
كوريا الجنوبية	١	٪ ,١
السويد	١	٪ ,١
المانيا الاتحادية	٦	٪ ,٦
المملكة المتحدة	١٨	٪ ١,٨
النمسا	٦	٪ ,٦
ايطاليا	١	٪ ,١
سويسرا	٤	٪ ,٤
فرنسا	٨	٪ ,٩
قبرص	٤	٪ ,٤
هولندا	٢	٪ ,٢
تشيكوسلوفاكيا	١	٪ ,١
بلغاريا	٣	٪ ,٣
أمريكا	٢	٪ ,٢
كندا	١	٪ ,١

جدول رقم (٣١)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة السابعة في الترتيب

الجهة	التكرار	النسبة
غير مبين	٧٦٣	٪٨١,٣
الكويت	١٥	٪ ١,٦
السعودية	١٤	٪ ١,٥
البحرين	٢٣	٪ ٢,٣
الامارات	٢٦	٪ ٢,٧
عمان	٢	٪ ,٢
العراق	٢	٪ ,٢
الاردن	٣	٪ ,٣
فلسطين	٣	٪ ,٣
سوريا	٥	٪ ,٥
لبنان	٤	٪ ,٤
مصر	١٤	٪ ١,٥
تونس	٢	٪ ,٢
الجزائر	٢	٪ ,٢
المغرب	■	٪ ,٥
الهند	٨	٪ ,٨
ايران	٤	٪ ,٤
تايلاند	٣	٪ ,٣
تركيا	٤	٪ ,٤

تابع - جدول رقم (٣١)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة السادسة في الترتيب

الجهة	التكرار	النسبة
ألمانيا الاتحادية	٤	٤, %
انجلترا	٦	٦, %
النمسا	١	١, %
اليونان	٤	٤, %
بلجيكا	١	١, %
سويسرا	٤	٤, %
فرنسا	٩	٩, %
قبرص	٢	٢, %
مالطة	١	١, %
هولندا	١	١, %
الولايات المتحدة الأمريكية	٢	٢, %
البرازيل	١	١, %

جدول رقم (٣٢)
توزيع العينة وفق جهة السفر بالنسبة لدول مجلس التعاون
(في الأولويات الست جميعا)

الجهة	التكرار	النسبة
الكويت	١٢٩	٪١١,٦
السعودية	٣٥٦	٪٣١,٩
البحرين	٢٣٧	٪٢١,٣
الإمارات	٣٥٧	٪٣٢,٠
عمان	٥٧	٪ ٣
	١١١٦	٪١٠٠

جدول رقم (٣٣)
توزيع العينة وفق جهة السفر
بالنسبة للدول العربية الآسيوية والأفريقية
في الأولويات الست جميعا

النسبة	التكرار	الجهة
٣,٦ %	٢٤	العراق
٩, %	٦	اليمن الشمالي والجنوبي
١٧ %	١١٢	الأردن
٥,٤ %	٣٦	فلسطين
١٢ %	٧٩	سوريا
٩,١ %	٦٠	لبنان
٤٤,٢ %	٢٩٠	مصر
٩, %	٦	السودان
٣, %	٢	ليبيا
١,٢ %	٨	تونس
١,٦ %	١١	الجزائر
٢,٥ %	١٧	المغرب
٣, %	٢	موريتانيا
٣, %	٢	الصومال
١٠٠ %	٦٥٥	

جدول رقم (٣٤)
توزيع العمرة وفق جهة السفر للخارج
بالنسبة للدول الآسيوية غير العربية
(في الأولويات الست جميعاً)

الدولة	التكرار	النسبة
الصين الشعبية	٣	% ١,٣
الفلبين	٩	% ٣,٩
الهند	١٠٢	% ٤٤,٩
اليابان	٥	% ٢,٢
ايران	١٥	% ٦,٦
باكستان	٧	% ٣
بنجلاديش	٢	% ,٨
تايلاند	١٨	% ٧,٩
تركيا	٤٧	% ٢٠,٧
كوريا الجنوبية	١٢	% ٥,٢
كوريا الشمالية	٢	% ,٨
ماليزيا	٢	% ,٨
سنغافورة	٢	% ,٨
نيبال	١	% ,٤
	٢٢٧	% ١٠٠

جدول رقم (٣٥)
توزيع العبء وفق جهة السفر للخارج
بالنسبة لدول أوروبا الغربية والشرقية
ودول أمريكا الشمالية والجنوبية (في الأولويات الست جميعا)

الدولة	التكرار	النسبة
ألمانيا	٩	٪ ١,٣
ألمانيا الاتحادية	٧٣	٪ ١٠,٧
انجلترا	٢٥٦	٪ ٣٧,٥
النمسا	٤٤	٪ ٦,٤
اليونان	٣١	٪ ٤,٥
إيطاليا	٧	٪ ١
بلجيكا	١١	٪ ١,٦
سويسرا	٢٣	٪ ٣,٣
فرنسا	٨٥	٪ ١٢,٥
قبرص	٥٣	٪ ٧,٧
هولندا	١٤	٪ ٢
تشيكوسلوفاكيا	٣	٪ ,٤
بلغاريا	١١	٪ ١,٦
الاتحاد السوفيتي	٣	٪ ,٤
رومانيا	٤	٪ ,٦
الولايات المتحدة	٤٧	٪ ٧
كندا	٢	٪ ,٣
البرازيل	٥	٪ ,٧
	٦٨١	٪ ١٠٠

جدول رقم (٣٦)
توزيع العينة وفق ادراكهم لوجود مشكلة
« لتعاطي المخدرات بين الشباب في قطر »

النسبة	التكرار	وجود المشكلة من علمه
٪ ١,١	١٠	غير مبين
٪ ٦٨,٣	٦٤١	نعم
٪ ٢,٩	٢٧	لا
٪ ٢٧,٧	٢٦٠	لا أدري

جدول رقم (٣٧)
توزيع العينة وفق معرفتهم أن
« تلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات »

النسبة	التكرار	يتعاطون / لا يتعاطون
٪ ٠,٩	٨	غير مبين
٪ ٣٢,٤	٣٠٥	نعم
٪ ١٢,٥	١١٧	لا
٪ ٥٤,٢	٥٠٨	لا أدري

جدول رقم (٣٨)
توزيع العينة وفقاً لأدراكهم
للمشكلة قبل الالتحاق بالمدرسة أم بعده

النسبة	التكرار	الادراك للمشكلة
٦٢,٥ %	٥٨٦	غير ميين
٩,٤ %	٨٨	قبل الالتحاق
٨,٣ %	٧٨	بعد الالتحاق مباشرة
١٨,٣ %	١٧٢	بعد الالتحاق بـمدة طويلة
١,٥ %	١٤	أخرى

جدول رقم (٣٩)
توزيع العينة وفقاً لكيفية المعرفة بوجود المشكلة

النسبة	التكرار	كيفية المعرفة
١٠,٢ %	٥٥	من رؤيتي لبعض التلاميذ يتعاطون
٣٦,٩ %	١٩٩	من الملامح الجسمية والنفسية
٣٧ %	٢٠٠	من حديث زملائهم عنهم
٦,٩ %	٣٧	من شكوى المدرسين منهم
٣,٧ %	٢٠	من بعض العمال بالمدرسة
٥,٤ %	٢٩	أخرى تذكر

جدول رقم (٤٠)
توزيع العينة وفقا لمكان التعاطي
(داخل أو خارج المدرسة)

النسبة	التكرار	مكان التعاطي
٪٤٢,٥	٣٩٩	غير مبين
٪ ٢,٢	٢٢	داخل المدرسة
٪٤٢,٩	٤٠٢	خارج المدرسة
٪١٢,٣	١١٥	داخل وخارج المدرسة
٪١٠٠	٩٣٧	

جدول رقم (٤١)
توزيع العينة وفقا لتحديد مكان التعاطي
(داخل المدرسة)

النسبة	التكرار	المكان
٪ ٢,٤	٨	قاعة الدرس
٪١٢,١	٤٠	ملاعب المدرسة
٪٢٨,٧	٩٥	حول سور المدرسة
٪٤٠,٨	١٣٥	دورة المياه
٪ ٨,٨	٢٩	حجرة الفراش
٪ ,٣	١	فوق سطح المدرسة
٪ ٦,٩	٢٣	أي مكان حسب الفرصة
٪١٠٠	٣٣١	

جدول رقم (٤٢)
توزيع العينة وفقا
لتحديد مكان التعاطي خارج المدرسة

النسبة	التكرار	المكان
٪٢٥,٨	٤١٦	في البر
٪٢١,٥	٣٤٧	اثناء رحلات البحر
٪١٠	١٦٢	في المنزل
٪١٥,٧	٢٥٤	في السيارة
٪٢٤,٦	٣٩٨	خارج البلاد
٪ ٣	٣	بالقرب من فندق الشيراتون
٪ ١	١	بالقرب من مدينة خليفة
٪ ١	١	في الطريق من وإلى المدرسة
٪ ٤	٤	في بعض الفنادق الشهيرة الأخرى
٪ ٤	٤	أي مسكن تتفق عليه الشلة
٪ ١,٥	٢٥	في أي مكان ملائم حسب الظروف

جدول رقم (٤٣)
توزيع العينة وفقا
«للسماع عن تلاميذ يتعاطون المخدرات في مدارس أخرى»

النسبة	التكرار	السماع من علمه
٪ ٣,٥	٣٣	غير ميين
٪٤٦,٩	٤٤٠	نصم
٪٤٩,٦	٤٦٥	لا
٪١٠٠	٩٣٧	

جدول رقم (٤٤)
توزيع العينة وفقا
« للطريقة التي عرف بها أن هناك
تلاميذ يتعاطون المخدرات في مدارس أخرى »

طريقة المعرفة	التكرار	النسبة
من معرفتي لهؤلاء من سماعي عنهم من مظهرهم وشكلهم أخرى	٥٩	٨,٩ %
	٣٨١	٥٧,٧ %
	١٩٥	٢٩,٥ %
	٢٥	٣,٨ %
	٦٦٠	١٠٠ %

جدول رقم (٤٥)
توزيع العينة وفقا
« للمدى معرفة تلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات »

التعاطي	التكرار	النسبة
غير معين نعم لا	٤٦	٤,٩ %
	٢٠٣	٢١,٦ %
	٦٨٩	٧٣,٥ %
	٩٣٧	١٠٠ %

جدول رقم (٤٦)
توزيع العينة وفقا لكيفية
« معرفة أن هؤلاء التلاميذ يتعاطون »

النسبة	التكرار	كيفية المعرفة
٪٣٢,٣	١٢٨	من حديث زملائه عنه
٪١٥,٦	٦٢	من أحاديثه معي
٪١٣,١	٥٢	من رؤيتي المباشرة له وهو يتعاطي
٪٣٤,٩	١٣٩	من شكله وملاحظه
٪ ٤,٣	١٧	أخرى تذكر

جدول رقم (٤٧)
توزيع العينة وفقا
« لتقييمه لعلاقات هذا التلميذ بزملائه »

النسبة	التكرار	طبيعة العلاقة
٪١١,٤	٨١	عادة وطبيعية
٪ ٣,٢	٢٣	قوية ومتينة
٪١٩,٨	١٤٠	ضعيفة ومتدهورة
٪١٤,١	١٠٠	منعزل
٪١١,٤	٨١	منعزل إذا كان ملمنا أكثر من اللازم
٪٤,٧	٣٣	علاقة قوية بالآخرين (إذا كان تعاطيه محدودا)
٪ ٩,٢	٦٥	علاقة محدودة مع الذين يتعاطون مثله
٪١٣,٤	٩٥	علاقته سيئة لمحاولته تخريب الآخرين
٪ ٩,٢	٦٥	لا أدرى
٪ ٣,٥	٢٥	أخرى تذكر
٪١٠٠	٧٠٨	

جدول رقم (٤٨)
توزيع العينة وفقا
« لمدى استطاعته تمييز المتعاطي »

النسبة	التكرار	القدرة على التمييز
% ٢,٧	٢٥	غير ميين
%٧٢,١	٦٧٦	نعم
%٢٥,٢	٢٣٦	لا
%١٠٠	٩٣٧	

جدول رقم (٤٩)
توزيع العينة وفقاً
« للملامح التي تميز التلميذ المتعاطي »

النسبة	التكرار	اللامح المميزة
٪١٢,٤	٤٤٠	من احتقان العينين وزيف البصر
٪١٤,٣	٥٠٦	الضعف والحمول وشحوب الوجه
٪ ٧,٥	٢٦٧	الانطواء والعزلة
٪ ٦,٣	٢٢٢	الاكتئاب
٪ ٥,٦	١٩٧	العدوان والتلصير
٪١١,٢	٣٩٨	سرعة التعب بأقل مجهود
٪ ٦,٢	٢١٨	اثارة مشكلات
٪ ٥,٥	١٩٥	سوء العلاقات مع الزملاء
٪ ٧,٦	٢٦٩	الكذب والسرقة
٪١١,٧	٤١٤	كثرة التغيب عن المنزل
٪ ٩,٥	٣٣٥	فقدان التفاهم الأسري
٪ ٠,١	١	اهمال مظهره وملابسه
٪ ٠,٣	٣	تغطية الوجه بالغطاء والنظارة
٪ ٠,١	١	من رؤيتي لمكان الابر في يديه
٪ ٠,٣	٣	الخوف والفرع من أي شيء
٪ ٠,٤	٤	الضعف الروحاني والابتعاد عن المسجد
٪ ٠,٢	٢	عدم التركيز
٪ ٠,٦	٦	أصابع اليدين صفراء وجافة
٪ ٠,٣	٣	العصية
٪ ٠,٢	٢	كثرة التغيب عن المدرسة
٪ ٠,٥	٥	النحافة المفرطة
٪ ٠,٨	٨	طريقته في المشي
٪ ١,٢	٤٣	أخرى تذكر
٪١٠٠	٣٥٤٢	

جدول رقم (٥٠)
توزيع العينة وفقاً
«لوجود تصرفات (سلوكيات) تميز المتعاطي داخل المدرسة»

وجود سلوكيات	التكرار	النسبة
غير ميم	١٣٥	٪١٤,٣
نعم	٤٧٥	٪٥٠,٦
لا	١٠٢	٪١٠,٩
لا أدرى	٢٢٦	٪٢٤,١
	٩٣٧	٪١٠٠

جدول رقم (٥١)
توزيع العينة وفقاً
«لماهية التصرفات أو السلوكيات التي تميز المتعاطي»

التصرفات أو السلوكيات	التكرار	النسبة
كثرة الغياب	٢٨٦	٪٢٠,٧
تعدد مرات الرسوب	٣٠٨	٪١٦,٥
تكرار الغش	١٣٨	٪ ٧,٤
عدم احترام المدرسين	٢٨٨	٪١٥,٥
المحروب أثناء الدوام للمدرسي	٣٢٣	٪١٧,٣
التعاس أو النوم أثناء الدرس	٣٥٣	٪١٨,٩
العزلة في الصف	٥	٪ ,٢
الحمول والضعف الواضح	٥	٪ ,٢
إثارة المشاكل (المشاغبة)	١٠	٪ ,٥
أخرى	٥١	٪ ٢,٦
	١٨٦٧	٪١٠٠

جدول رقم (٥٢)
توزيع العينة وفقاً
للسبب العامة للتعاظمي

النسبة	التكرار	الأسباب العامة
٪١٦,٤	٣٠٥	سهولة الحصول على المخدر
٪٣١,٥	٥٨٥	الرغبة في التجريب
٪١٨,٨	٣٤٩	وسائل الاعلام (تليفزيون/ فيديو/ صحافة)
٪٢٩,٢	٥٤٣	الصحة
٪ ٠,٧	١٣	وقت الفراغ والملل
٪ ٠,٥	١٠	وفرة المال
		المشاكل الأسرية (التفكك الأسري) -
٪ ٠,٨	١٥	مضايقات الأهل
٪ ٠,٢	٥	مشاكل نفسية
٪ ٠,٢	٤	عدم مراقبة الأب لابته
٪ ٠,١٦	٣	اثبات الرجولة
٪ ٠,٢	٤	تقليد الآباء والإخوة
٪ ٠,٥	١٠	السفر للدول الأجنبية غير الإسلامية
٪ ٠,٤	٨	عدم وجود وازع ديني
٪١٠٠	١٨٥٤	

جدول رقم (٥٣)
توزيع العينة وفقاً
« للأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي »

النسبة	التكرار	الأسباب الاجتماعية
٪ ٩,٩	٤٤٤	مشكلات مستمرة بين الأب والأم
٪ ٨,٤	٣٧٦	وفاة أحد الوالدين أو كليهما
٪ ٨,٦	٣٨٧	القسوة الشديدة في التنشئة
٪ ١١,٣	٥٠٥	التدليل الزائد
٪ ٠,٤	١٧	افتقاد القدوة الحسنة
٪ ٩,٧	٤٣٦	عدم القدرة على شغل وقت الفراغ
٪ ٧,٧	٣٤٣	غياب الأب
٪ ٩,٥	٤٢٧	الملل
٪ ١٤,٩	٦٦٨	صحة المتعاطين
٪ ٧,١	٣١٦	الاحساس بالضياع
٪ ١٠,٦	٤٧٦	تجمعات الشباب في المجالس دون رقابة
٪ ١,٩	٨٥	أخرى تذكر
٪ ٠,٥	٢	السفر للخارج
٪ ٠,٢	٩	عدم مراقبة الأبناء
٪ ٠,٧	٣	تعاطي الأب أو أحد أفراد الأسرة
٪ ٠,١	٤	الفشل
٪ ١٠٠	٤٤٩٧	

جدول رقم (٥٤)
توزيع المينة وفقا
للاسباب الاقتصادية المؤدية للتماطي ،

النسبة	التكرار	الاسباب الاقتصادية
٢٢,٥ %	٤٢٥	الفقر الذي يؤدي إلى المغامرة
٣٠,٣ %	٥٧٤	من أجل المال
٢٣,٣ %	٤٤١	الغنى
٢٠,٥ %	٣٨٨	سهولة الحصول على ثمن المخدر
٣ %	٦	البعض يحصل عليه دون مقابل
٣ %	٦	استغلال التجار للشباب
٠,٥ %	١	سهولة التهريب
٠,٥ %	١	السعة المادية بعد الفقر
٢,٦ %	٥٠	عدم القدرة على انفاق المال
		أخرى تذكر
١٠٠ %	١٨٩٢	

جدول رقم (٥٥)
توزيع العينة وفق
« تصورهم للصعوبات المدرسية المؤدية للتعاطي »

النسبة	التكرار	الصعوبات
٪٢١,٤	٤٨١	الفشل نتيجة التأخر الدراسي
٪١١,٥	٢٥٩	صعوبة المقررات الدراسية وطولها
٪ ٤,٦	١٠٤	تباين مستوى التحصيل بين تلاميذ الفصل الواحد
٪ ٦,٥	١٤٥	عدم ملائمة المناهج المدرسي
٪٢١,١	٤٧٥	عدم المسيل للدراسة
٪١٥,٤	٣٤٥	الطرد من الصف
٪١٥,٩	٣٥٨	عدم التفاهم مع المدرسين
٪ ,٠٩	٢	عدم فعالية المواد المدرسية في علاج الادماع
٪ ,٢٢	٥	عدم تفهم مشاكل الطلاب
٪ ,١٧	٤	قسوة بعض المدرسين
٪ ,١٣	٣	مخالطة المذممين
٪ ,٢٢	٥	التفرقة في المعاملة بين الطلاب والفهر النفسي
٪ ٢,٦٥	٦١	أخرى تذكر
٪١٠٠	٢٢٤٧	

جدول رقم (٥٦)
توزيع العينة وفقا
« لتصوراتهم للمشكلات المترتبة على التعاطي »

النسبة	التكرار	المشكلات المترتبة
٪١٢,٩	٤٦٦	التأخر الدراسي
٪١٤,٣	٥١٧	الانقطاع عن الدراسة
٪١٥,٣	٥٥٢	انفاق المزيد من المال لتمويل التعاطي
٪١١,٣	٤٠٨	الضبط والتوقيف في جريمة
٪١٠,٢	٣٧٠	التقليد بين الاخوة في الأسرة
٪١٥,٧	٥٦٥	الاساءة إلى السمعة العائلية
٪١٨,٦	٦٧٠	تدهور صحة التعاطي
٪ ,٠٢	١	المريض
٪ ,٠٥	٢	الوفاة
٪ ,٠٨	٣	اللواط
٪ ,٠٨	٣	الضياع
٪ ,٠٥	٢	نقل عدوى الايدمان للآخرين
٪ ١,٤	٥١	غير ذلك
٪١٠٠	٣٦١٠	

جدول رقم (٥٧)
توزيع العينة وفقاً
« لدى احساس الطلاب الآخرين بوجود مشكلة الامان »

الاحساس بوجود المشكلة	التكرار	النسبة
غير ميين	٤٤	٪ ٤,٦
نعم	٤٠٧	٪ ٤٣,٤
لا	٧٣	٪ ٧,٨
لا أدري	٤١٤	٪ ٤٤,١
	٩٣٧	٪ ١٠٠

جدول رقم (٥٨)
توزيع العينة وفقاً
« تصرفاتهم لمواجهة مشكلة التعاطي »

التصرفات لمواجهة المشكلة	التكرار	النسبة
لم يفعلوا شيئاً	٢٥٢	٪ ٣١,١
المشكلة ليست لها حل	٧٥	٪ ٩,٣
لا يوجد من يساعدكم على الحل	٢٥٩	٪ ٣٢
لجأوا للاخصائي الاجتماعي	٦٦	٪ ٨,١
ذهبوا إلى الطبيب النفسي	١٢٠	٪ ١٤,٨
ذهبوا للخارج للعلاج	١	٪ ,١
ذهبوا لتغيير السلم	٩	٪ ١,١
الابتماع في السجن	٣	٪ ,٤
الذهاب إلى سلاح الدروع	٥	٪ ,٦
أخبرى تذكر	٢٠	٪ ٢,٤
	٨١٠	٪ ١٠٠

جدول رقم (٥٩)
توزيع العينة وفق
« مدى لجوء التلاميذ المتعاطين للاخصائي الاجتماعي »

النسبة	التكرار	اللجوء للاخصائي
٪ ٨,٤	٧٩	غير مبين
٪ ١٦,٦	١٥٦	نعم
٪ ٧٤,٩	٧٠٣	لا
٪ ١٠٠	٩٣٧	

جدول رقم (٦٠)
توزيع العينة وفق
« توقعهم لما يفعله الاخصائي الاجتماعي تجاه الممنين »

النسبة	التكرار	دور الاخصائي الاجتماعي
٪ ٤,١	٤٧	لم يفعل شيئاً
٪ ٩,٢	١٠٥	يبلغ ادارة المدرسة للتدخل
٪ ١٣,٥	١٥٤	يبلغ أولياء الأمور
٪ ٤٥,٣	٥١٧	يحوله إلى رائد الفصل أو الاسرة
٪ ٨,٧	٩٩	يحوله إلى الصحة المدرسية
٪ ١٦,٩	١٩٣	يوجه إليه النصيحة
٪ ٢,٣	٢٦	أخرى تذكر
٪ ١٠٠	١١٤١	

جدول رقم (٦١)
توزيع العينة وفقاً
للسبب الذي تحول دون اللجوء للاخصائي الاجتماعي ،

النسبة	التكرار	الأسباب
١٨,٦ %	٢٨٦	لأنه لا يفعل شيئاً
٣٩ %	٥٩٦	للخشية من الاتصال بولي الأمر
١٧ %	٢٦١	للخوف من التحويل للصحة المدرسية
١٨,٨ %	٢٨٩	للمشاكل التي حدثت للآخرين الذين لجأوا إليه
٢,٢ %	٢١	يفضحه بين أسرته وجيرانه
١,٢ %	١١	الاتصال بالشرطة
١ %	١٠	انه مجرد موظف لا يستطيع فهمه
١٠٠ %		

جدول رقم (٦٢)
توزيع العينة وفق
« تصرف المبحوث تجاه صديق أو زميل يتعاطي المخدرات »

النسبة	التكرار	التصرف (رد الفعل)
٢٥ %	٦١٩	النصح بالعلاج
١٠,٥ %	٢٦٢	أنصح به بالتوجه إلى الاختصاصي
٢٥,٧ %	٦٣٩	أنصح به بالتوقف عن التعاطي
٣٠,٧ %	٧٦٠	أذكره بعقاب الله
٢,٥ %	٦٢	لا أستطيع أن أفعل شيئاً
٢ %	٥	أنصح به بقضاء وقت فراغه في ممارسة هواياته
٢ %	٤	أبتعد عن صحبته وأقطع علاقتي به
٤ %	٩	أخبر والديه وأخوته
٧ %	١٧	أوضح له المشاكل المترتبة على المخدر
٢ %	٥	وأحاول منعه
٤ %	١٠٠	أبلغ الشرطة
		أخبرني تذكر
١٠٠ %		

ب - جداول صحيفة البحث رقم (٢)

الخاصة بأولياء الأمور

جدول رقم (١)
توزيع المينة وفقاً للسنة

النسبة	التكرار	فترات السنة
% ١٠	١	غير مبين
% ٣	٣	أقل من ٣٠ سنة
% ٤	٤	من ٣٠ إلى أقل من ٣٥
% ١٦	١٦	من ٣٥ إلى أقل من ٤٠
% ٢٦	٢٦	من ٤٠ إلى أقل من ٤٥
% ٢٠	٢٠	من ٤٥ إلى أقل من ٥٠
% ١٤	١٤	من ٥٠ إلى أقل من ٥٥
% ٥	٥	من ٥٥ إلى أقل من ٦٠
% ٦	٦	من ٦٠ إلى أقل من ٦٥
% ٣	٣	من ٦٥ إلى أقل من ٧٠
—	—	من ٧٠ إلى أقل من ٧٥
% ١	١	من ٧٥ إلى أقل من ٨٠
% ١	١	من ٨٠ فأكثر
% ١٠٠	١٠٠	

جدول (٢)
توزيع العينة وفقاً للجنسية

الجنسية	التكرار	النسبة
غير ميين	٩	٩ %
قطري	٧٩	٧٩ %
اليمن الشمالي	١	١ %
أردني	١	١ %
فلسطيني	٦	٦ %
مصري	٤	٤ %
	١٠٠	١٠٠ %

جدول رقم (٣)
توزيع العينة وفقاً للديانة

الديانة	التكرار	النسبة
ملم	١٠٠	١٠٠ %

جدول رقم (٤)
توزيع العينة وفقاً للحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة
غير ميين (مطلق / أرمل)	٥	% ٥
متزوج ويعول	٩٤	%٩٤
أرمل	١	% ١
	١٠٠	%١٠٠

جدول رقم (٥)
توزيع العينة وفقاً للحالة التعليمية

الحالة التعليمية	التكرار	النسبة
أممي	١٨	%١٨
يقرأ ويكتب	٢٠	%٢٠
ابتدائية	٨	% ٨
اعدادية	١٩	%١٩
ثانوية	١٩	%١٩
جامعية	١٣	%١٣
أعلى من الجامعية	٣	% ٣
	١٠٠	%١٠٠

جدول رقم (٦)
توزيع العينة وفقاً للحالة العملية

الحالة العملية	التكرار	النسبة
غير مبين	١	٪ ١
يعمل	٨٩	٪ ٨٩
متقاعد	١٠	٪ ١٠
متوفي	—	—
	١٠٠	٪ ١٠٠

جدول رقم (٧)
توزيع العينة وفقاً للحالة المهنية
(أعمال حرة أو عاملون بأجر)

الحالة المهنية	التكرار	النسبة
تاجر	٢٣	٪ ٢٣
مقاول	٩	٪ ٩
حرفي (صاحب ورشة أو جراج)	٤	٪ ٤
مهن علمية وفنية	٦	٪ ٦
مهن إدارية	٣٦	٪ ٣٦
مهن كتابية	٢	٪ ٢
مهن خدمات	١١	٪ ١١
مهن زراعية وصيد	١	٪ ١
عمال انتاج	—	—
أخسر	٨	٪ ٨
	١٠٠	٪ ١٠٠

جدول رقم (٨)
توزيع العينة وفقاً لعدد الأبناء

عدد الأبناء	التكرار	النسبة
غير مبين	١٣	%١٣
ابن واحد	١	% ١
٢	٤	% ٤
٣	١٢	%١٢
٤	١٢	%١٢
٥	٩	% ٩
٦	٣٤	%٣٤
٧	٦	% ٦
٨	٤	% ٤
٩	٣	% ٣
١٠	١	% ١
١١	١	% ١
	١٠٠	%١٠٠

جدول رقم (٩)
توزيع المبة وفق السن الابن الأول

السن	التكرار	النسبة
غير معين	٢٣	%٢٣
٢	١	%١
٥	١	%١
٨	١	%١
٩	١	%١
١٢	١	%١
١٣	٦	%٦
١٤	٣	%٣
١٥	١١	%١١
١٦	٧	%٧
١٧	٣	%٣
١٨	٩	%٩
١٩	٣	%٣
٢٠	٢	%٢
٢١	٢	%٢
٢٢	٢	%٢
٢٣	٢	%٢
٢٤	١	%١
٢٥	٤	%٤
٢٦	١	%١
٢٧	٧	%٧
٢٩	١	%١
٣٠	٣	%٣
٣٤	١	%١
٣٥	٢	%٢
٣٩	١	%١
٥٠	١	%١
	١٠٠	%١٠٠

ملحوظة : نسبة أولئك الذين تجاوز طفلهم الأول ١٢ سنة فيما فوق تشكل ٨٣٪ .

جدول رقم (١٠)
توزيع العينة وفقاً لنوع الأبن الأول

النسبة	التكرار	النوع
٪١٧	١٧	غير مبين
٪٥٧	٥٧	ذكور
٪٢٦	٢٦	إناث
٪١٠٠	١٠٠	

جدول رقم (١١)
توزيع العينة وفقاً لسن الأبن الثاني

السن	التكرار	النسبة
غير مبين	٢٤	٪٢٤
١	٢	٪ ٢
٦	٣	٪ ٣
١٠	١	٪ ١
١١	٣	٪ ٣
١٢	٦	٪ ٦
١٣	٦	٪ ٦
١٤	١٠	٪١٠
١٥	٦	٪ ٦
١٦	٢	٪ ٢
١٧	٥	٪ ٥
١٨	٣	٪ ٣
١٩	٢	٪ ٢
٢٠	٤	٪ ٤
٢٢	٤	٪ ٤
٢٣	٢	٪ ٢
٢٤	١	٪ ١
٢٥	٦	٪ ٦
٢٦	٢	٪ ٢
٢٧	٢	٪ ٢
٢٩	١	٪ ١
٣٢	٣	٪ ٣
٣٧	١	٪ ١
٤٥	١	٪ ١
	٦٧	٪١٠٠

ملحوظة : نسبة أولئك الذين تجاوز طفلهم الثاني ١٢ سنة فيما فوق تشكل ٪٦٧ .

جدول رقم (١٢)
توزيع العينة وفقاً لنوع الأبن الثاني

النسبة	التكرار	النوع
٪١٨	١٨	غير مبين
٪٤٤	٤٤	ذكور
٪٣٨	٣٨	إناث
٪١٠٠	١٠٠	

جدول رقم (١٣)
توزيع المينة وقالسن الأبن الثالث

النسبة	التكرار	السن
% ٢٩	٢٩	غير معين
% ٢	٢	١
% ١	١	٤
% ٣	٣	٦
% ٣	٣	٧
% ٢	٢	٨
% ١	١	٩
% ٤	٤	١٠
% ٤	٤	١١
% ٥	٥	١٢
% ٨	٨	١٣
% ٢	٢	١٤
% ٦	٦	١٥
% ٥	٥	١٧
% ٣	٣	١٨
% ٣	٣	١٩
% ٢	٢	٢٠
% ١	١	٢١
% ٣	٣	٢٢
% ٢	٢	٢٣
% ٣	٣	٢٤
% ٣	٣	٢٥
% ١	١	٢٧
% ١	١	٣٠

تابع جدول رقم (١٣)
توزيع العينة وفقاً لسن الأبن الثالث

السن	التكرار	النسبة
٣١	١	% ١
٣٥	١	% ١
٤٢	١	% ١
	١٠٠	% ١٠٠

ملاحظة :

نسبة أولئك الذين تجاوز ابنهم الثالث ١٢ سنة فيما فوق تشكل ٥١ % .

جدول رقم (١٤)
توزيع العينة وفقاً لنوع الأبن الثالث

النوع	التكرار	النسبة
غير مبين	٢٣	% ٢٣
ذكور	٤٨	% ٤٨
اناث	٢٩	% ٢٩
	١٠٠	% ١٠٠

جدول رقم (١٥)
توزيع العبء وفقاً لسن الأبن الرابع

السن	التكرار	النسبة
غير معين	٤٢	% ٤٢
٢	١	% ١
٣	٢	% ٢
٤	٢	% ٢
٦	٢	% ٢
٧	٣	% ٣
٨	٥	% ٥
٩	١	% ١
١٠	٦	% ٦
١١	٢	% ٢
١٢	٣	% ٣
١٣	٤	% ٤
١٤	٣	% ٣
١٥	٢	% ٢
١٦	٢	% ٢
١٧	٤	% ٤
١٨	١	% ١
١٩	١	% ١
٢٠	٣	% ٣
٢٢	٢	% ٢
٢٣	٢	% ٢
٢٤	٢	% ٢
٢٥	١	% ١
٢٦	١	% ١
٣٠	١	% ١

(تابع) جدول رقم (١٥)
توزيع العينة وفقاً لسن الأبن الرابع

السن	التكرار	النسبة
٣٤	١	٪ ١
٤٠	١	٪ ١
	١٠٠	٪ ١٠٠

• نسبة أولئك الذين تجاوز ابنهم الرابع ١٢ سنة فأكثر ٪ ٣٤ .

جدول رقم (١٦)
توزيع العينة وفقاً لنوع الأبن الرابع

النوع	التكرار	النسبة
غير ميين	٣٦	٪ ٣٦
ذكور	٤١	٪ ٤١
اناث	٢٣	٪ ٢٣
	١٠٠	٪ ١٠٠

جدول رقم (١٧)
توزيع العينة وفقاً لسن الأبن الخامس

السن	التكرار	النسبة
غير مبين	٥٤	% ٥٤
١	٢	% ٢
٣	١	% ١
٤	٢	% ٢
٥	٣	% ٣
٦	٢	% ٢
٧	٢	% ٢
٨	٢	% ٢
٩	٢	% ٢
١٠	٤	% ٤
١١	٣	% ٣
١٢	٢	% ٢
١٣	٢	% ٢
١٥	٥	% ٥
١٦	١	% ١
١٨	٣	% ٣
١٩	٢	% ٢
٢٠	٢	% ٢
٢٢	١	% ١
٢٣	٢	% ٢
٢٦	١	% ١
٣٨	١	% ١
	١٠٠	% ١٠٠

• نسبة الذين تجاوز ابنهم الخامس ١٢ سنة فأكثر ٢٢٪ .

جدول رقم (١٨)
توزيع العينة وفقاً لنوع الأبن الخامس

النسبة	التكرار	النوع
%٤٨	٤٨	غير مبين
%٢٩	٢٩	ذكور
%٢٣	٢٣	إناث
%١٠٠	١٠٠	

جدول رقم (١٩)
توزيع المينة وفقاً لمنطقة الإقامة

النسبة	التكرار	منطقة الإقامة
%٤٤	٤٤	غير مبين
% ١	١	أبوفسطاس
% ٤	٤	الغرافة
% ١	١	الجميلية
% ٤	٤	الحور
% ٣	٣	المنصورة
% ١	١	المرخية
% ٢	٢	المرقاب
% ١	١	المنستره
% ١	١	النصر
% ٣	٣	النجمة
% ٢	٢	السد
% ١	١	السلطة الجديدة
% ٣	٣	الوكرة
% ١	١	بن محمود
% ٥	٥	بن عمران
% ١	١	دخان
% ٥	٥	الغانم الجديد
% ٣	٣	م . خليفة الجنوبية
% ١	١	م . خليفة الشمالية
% ٣	٣	المطار القديم
% ١	١	الميزار
% ١	١	الدوحة الجديدة
% ٣	٣	الريان الجديد
% ٤	٤	الريان القديم
% ١	١	أم غويلينا
%١٠٠	١٠٠	

جدول رقم (٢٠)
توزيع العينة وفقاً لنمط السكن

النسبة	التكرار	نمط السكن
١ %	١	غير مبين
٣٥ %	٣٥	فيلا
٥٤ %	٥٤	بيت عربي
٦ %	٦	شقة
٤ %	٤	أخرى
١٠٠ %	١٠٠	

جدول رقم (٢١)
توزيع المينة وفقاً لعدد غرف المسكن

عدد الغرف	التكرار	النسبة
غير ميين	٦	% ٦
٢	١	% ١
٣	١١	% ١١
٤	١٧	% ١٧
٥	١٥	% ١٥
٦	١٧	% ١٧
٧	١٤	% ١٤
٨	٨	% ٨
٩	١	% ١
١٠	٦	% ٦
١١	١	% ١
١٢	١	% ١
١٣	١	% ١
١٤	١	% ١
	١٠٠	% ١٠٠

جدول رقم (٢٢)
توزيع العينة وفقاً لنوعية حيازة المسكن

النسبة	التكرار	نوعية الحيازة
٥٠	٥٠	ملك
٤٤	٤٤	حكومي
٦	٦	إيجار
١٠٠	١٠٠	

جدول (٢٣)
توزيع العينة وفقاً لمدى ادراكهم
لوجود مشكلة تعاظمي المخدرات بين الشباب في قطر

النسبة	التكرار	وجود المشكلة
٨٠	٨٠	نعم
٩	٩	لا
١١	١١	لا أدري
١٠٠	١٠٠	

جدول رقم (٢٤)
توزيع العينة وفقاً لمدى ادراكهم
لوجود مشكلة تعاطي المخدرات بين تلاميذ المدارس في قطر

وجود المشكلة	التكرار	النسبة
غير مبين	١	١ %
نعم	٦٣	٦٣ %
لا	٦	٦ %
لا أدري	٣٠	٣٠ %
	١٠٠	١٠٠ %

جدول رقم (٢٥)
توزيع العينة وفقاً لكيفية معرفتهم
أن بعض تلاميذ المدارس يتعاطون المخدرات

كيفية المعرفة	التكرار	النسبة
من حديث الناس في المجالس	٤٨	٥٥,٢ %
من حديث ابني عن زملائه بالمدرسة	٦	٦,٩ %
من حضوري لمجالس الآباء والمدرسين	١٠	١١,٥ %
من أولياء الأمور الآخرين	٢٠	٢٣ %
أخرى	٣	٣,٤ %
	٨٧	١٠٠ %

جدول رقم (٢٦)
توزيع العينة وفقاً للاعتماد بمدى انتشار
ظاهرة التعاطي بين التلاميذ

النسبة	التكرار	مدى الانتشار
٪١١	١١	غير مبين
٪ ٧	٧	متشربكة
٪٣٣	٣٣	إلى حد ما
٪٣٠	٣٠	قليلة الانتشار
٪١٩	١٩	لا أدرى
٪١٠٠	١٠٠	

جدول رقم (٢٧)
توزيع العينة وفقاً لكيفية التوصل إلى هذه النتيجة
(تقديرهم لدى انتشار الظاهرة)

النسبة	التكرار	كيفية التوصل
٪١٠,٣	١٣	من مناقشات مجالس الآباء
٪ ٧,٩	١٠	من حديث ابني عن المشكلة
٪٣١,٧	٤٠	من وسائل الاعلام
٪ ٦,٣	٨	من قريب أو صديق يعمل في التعليم
٪٤٢,٩	٥٤	من حديث الناس بالمجالس
٪ ١,٨	١	أخرى
٪١٠٠	١٢٦	

جدول رقم (٢٨)
توزيع العينة وفقاً لنوعية وسائل الاعلام
التي تعرف من خلالها على ظاهرة التعاطي

وسائط الاعلام	التكرار	النسبة
تلفزيون - فيديو	٤١	٩٥,٣ %
صحف	—	—
أخرى	٢	٤,٧ %
	٤٣	١٠٠ %

جدول رقم (٢٩)
توزيع العينة وفقاً لامكانية تحديد ملامح تميز التعاطي

امكانية التحديد	التكرار	النسبة
غير ميين	٣	٣ %
نعم	٧٠	٧٠ %
لا	٢٧	٢٧ %
	١٠٠	١٠٠ %

جدول رقم (٣٠)
توزيع العينة وفقا لكيفية تحديد هذه الملامح

النسبة	التكرار	كيفية التحديد
٪١٧,٨	٤٣	من احتقان العينين وزيف البصر
٪٢٠,٣	٤٩	من الضعف والحمول وشحوب الوجه
٪١٣,٧	٣٣	من الانطواء والعزلة
٪١٣,٧	٣٣	قلة الحركة وبطء التفكير
٪ ٥,٤	١٣	من العدوان والتخريب
٪ ٦,٦	١٦	من سرعة التعب بعد بذل أقل مجهود
٪ ٩,٥	٢٣	من إثارة مشكلات
٪١٢	٢٩	الكذب والسرقه
٪ ,٨	٢	أخرى
٪١٠٠	٢٤١	

جدول رقم (٣١)
توزيع العينة وفقا
لوجود تصرفات (سلوكيات) تميز الشباب المتعاطي

النسبة	التكرار	وجود تصرفات (سلوكيات)
٪ ٤	٤	غير مبين
٪٨٠	٨٠	نعم
٪١٦	١٦	لا
٪١٠٠	١٠٠	

جدول رقم (٣٢)
توزيع العينة وفقاً
لماهية التصرفات أو السلوكيات المميزة للتعاظمي

النسبة	التكرار	ماهية التصرفات أو السلوكيات
٪٢٢	٥٦	كثرة التغيب عن المنزل
٪١٥,٧	٤٠	سوء العلاقات مع الوالدين والأخوة
٪٢٠,٩	٥٣	السهر خارج المنزل
٪ ٤,٧	١٢	الميل للعنف والتخريب
٪١٣	٣٣	التمرد على الوالدين
٪١٧,٧	٤٥	اللامبالاة وعدم الاهتمام
٪ ٥,١	١٣	السلبية وعدم العناد
٪ ,٨	٢	أخرى
٪١٠٠	٢٥٤	

جدول رقم (٣٣)
توزيع العينة وفقاً لرأيهم في مدى تأثير تعاظمي المخلوقات
في التحصيل الدراسي

النسبة	التكرار	مدى تأثير التعاظمي في التحصيل
٪ ٢	٢	غير مبين
٪٩٠	٩٠	نعم
—	—	لا
٪ ٨	٨	لا أدري
٪١٠٠	١٠٠	

جدول رقم (٣٤)
توزيع العينة وفقا لرأيهم في علامات
تأثير تعاطي المخدرات على التحصيل الدراسي

علامات التأثير	التكرار	النسبة
انخفاض التقديرات (العلامات)	٤٩	٣٠,٦ %
تكرار مرات الرسوب	٧٠	٤٣,٨ %
التزوير في علامات الشهادات	١١	٦,٩ %
انقطاع المدرسة (شكوى المدرسين)	٢٨	١٧,٥ %
أخرى	٢	١,٣ %
	١٦٠	١٠٠ %

جدول رقم (٣٥)
توزيع العينة وفق الأسباب العامة للتعاطي

الأسباب العامة للتعاطي	التكرار	النسبة
سهولة الحصول على المخدر	٣٨	٩٠,٥ %
الرغبة في التجريب	—	—
وسائل الإعلام	—	—
الصحة	—	—
أخرى	٤	٩,٥ %
	٤٢	١٠٠ %

جدول رقم (٣٦)
توزيع العينة وفقاً
لرؤيتهم للأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي

النسبة	التكرار	الأسباب الاجتماعية
٪١٤,٦	٤٧	مشكلات مستمرة بين الأب والأم
٪ ٩,٣	٣٠	وفاة أحد الوالدين أو كليهما
٪١٠,٨	٣٥	القسوة الشديدة في التنشئة الاجتماعية
٪١٦,٧	٥٤	التدليل الزائد من أحد الوالدين
٪ ٣,٤	١١	الأبن الذكر الوحيد
٪١٣,٦	٤٤	افتقاد القدوة الحسنة
٪١٣,٦	٤٤	عدم القدرة على شغل وقت الفراغ
٪١٢,١	٣٩	تفسيب الأب
٪ ٥,٦	١٨	الاقامة مع زوجة الأب أو زوج الأم
٪ ,٣	١	أخرى
٪١٠٠	٣٢٣	

جدول رقم (٣٧)
توزيع العينة وفقاً
لرؤيتهم للأسباب الاقتصادية المؤدية للتعاطي

النسبة	التكرار	الأسباب الاقتصادية
٪٢٦,١	٤١	الفقر (والذي يؤدي إلى المغامرة
٪٣٥,٠	٥٥	للحصول على المال)
٪٣٨,٢	٦٠	الفنى
٪ ,٦	١	سهولة الحصول على ثمن المخدر
		أخرى
٪١٠٠	١٥٧	

جدول رقم (٣٨)
توزيع العينة وفقاً
لرؤيتهم للأسباب التربوية (المدرسية) المؤدية للتعاطي

النسبة	التكرار	الأسباب التربوية
٣٧,١ %	٥٩	الفشل نتيجة التأخر الدراسي
٥ %	٨	صعوبة المقررات الدراسية
٤٠,٣ %	٦٤	عدم الميل للدراسة
١٥,٧ %	٢٥	عدم ملائمة الجو المدرسي
١,٩ %	٣	أخرى
١٠٠ %	١٥٩	

جدول رقم (٣٩)
توزيع العينة وفقاً للمشكلات المترتبة على التعاطي

النسبة	التكرار	المشكلات المترتبة على التعاطي
١٦,٧ %	٢٢	التأخر الدراسي
٢٠,٥ %	٢٧	الانقطاع عن الدراسة
١٣,٦ %	١٨	انفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي
١١,٤ %	١٥	الضبط والتوقيف في جريمة
١٣,٦ %	١٨	التقليد بين الأخوة داخل الأسرة
٢٢,٧ %	٣٠	الاساءة بسمعة العائلة
١,٥ %	٢	أخرى
١٠٠ %	١٣٢	

جداول رقم (٤٠)
توزيع العينة وفقاً
لما ينصح به في حالة تعاطي ابن صديق أو قريب مخدرات

النسبة	التكرار	نوع النصيحة
٪٢٩,٦	٤٧	توجه النصيحة للابن للكشف عن التعاطي
٪٤٢,٨	٦٨	عرضه على الطبيب المعالج
٪١٠,١	١٦	استشارة ادارة المدرسة
٪١١,٩	١٩	السفر للخارج للعلاج
٪ ٤,٤	٧	لا أدري ماذا يفعل
٪ ١,٣	٢	أخسر
٪١٠٠	١٥٩	

جداول رقم (٤١)
توزيع العينة وفقاً
لرؤيتهم لدى اسهام المدرسة في حل مشكلة التعاطي

النسبة	التكرار	لدى اسهام المدرسة
٪ ٢	٣	غير مبين
٪٦٣	٦٣	نعم
٪٢٤	٢٤	لا
٪١١	١١	لا أدري
٪١٠٠	١٠٠	

جدول رقم (٤٢)
توزيع العينة وفقاً لأهم في ماهية هذا الاسهام

النسبة	التكرار	اسهام المدرسة
٪١٧,٤	٤٦	اقامة ندوات توعية
٪١٢,١	٣٢	زيادة فرص النشاط بالمدرسة
٪١٣,٣	٣٥	زيادة فعالية اجتماعات مجالس الآباء
٪ ٦,٨	١٨	تأكيد دور الاختصاصي ورائد الأسرة أو رائد الفصل في حل المشكلة
٪١٧,٨	٤٧	ابراز موقف الدين من المخدرات
٪١١,٧	٣١	التركيز على أهمية اكتشاف الحالات في وقت مبكر
٪١١	٢٩	الاهتمام بالتحويل للعلاج الطبي أو النفسي
٪ ٩,١	٢٤	التأكيد على أهمية متابعة الحالات حتى شفاؤها
٪ ٨	٢	أخرى
٪١٠٠	٢٦٤	

جدول رقم (٤٣)
توزيع العينة وفقاً
لرؤيتهم لدى كفاية دور المدرسة لمواجهة المشكلة

النسبة	التكرار	كفاية دور المدرسة
٪ ٢	٢	غير معين
٪ ٩	٩	نعم
٪٨١	٨١	لا
٪ ٨	٨	لا أدري
٪١٠٠	١٠٠	

جدول رقم (٤٤)
توزيع العينة وفقا
لأسباب عدم كفاية دور المدرسة لمواجهة المشكلة

الأسباب	التكرار	النسبة
لأن هذه المشكلة تخص الأسرة أساسا لأن المشكلة لها أبعاد متعددة ومعقدة لأن امكانيات المدرسة محدودة لأن التصدي لها يحتاج إلى تعاون الأسرة والمدرسة أخرى	٢٦	٪١٧,٦
	٤٢	٪٢٨,٤
	٣٢	٪٢١,٦
	٤٧	٪٣١,٨
	١	٪ ٠,٧
	١٤٨	٪١٠٠

ج - جداول صحيفة البحث رقم (٢)

الموجهة إلى رواد الأسر والفصول والاختصاصيين

جدول رقم (١)
توزيع العمية
وفقا لعدد رواد الأسر والفصول والاختصاصين في المدارس المختلفة

اسم المدرسة	رواد الأسر والاختصاصين	النسبة
الدوحة الثانوية	٣١	٪١٩,٤
الاستقلال الثانوية	١٧	٪١٠,٦
خليفة الثانوية	١٥	٪ ٩,٤
ابن تيمية الثانوية	٩	٪ ٥,٦
التجارية الثانوية	٩	٪ ٥,٦
الفنية الثانوية	١٠	٪ ٦,٣
مركز التدريب	٢١	٪١٣,١
المعهد الديني	١٧	٪١٠,٦
أبي أيوب الإعدادية	١٢	٪ ٧,٥
اليرموك الإعدادية	٩	٪ ٥,٦
مشيرب الإعدادية	١٠	٪ ٦,٣
	٦٠	٪١٠٠

جدول رقم (٢)
توزيع عينة رواد الأسر والفصول والاختصاصيين وفق السن

النسبة	التكرار	فئات السن
٨,١ %	١٣	أقل من ٣٠
٤١,٩ %	٦٧	من ٣٠ - ٤٠
٤٥ %	٧٢	من ٤٠ - ٥٠
٥ %	٨	من ٥٠ فما فوق
١٠٠ %	١٦٠	

جدول رقم (٣)
توزيع عينة رواد الأسر والفصول والاختصاصيين وفق الجنسية

النسبة	العدد	الجنسية
١٣,١ %	٢١	غير ميين
١٥ %	٢٤	قطر
١٨,٨ %	٣٠	الاردن
١٦,٩ %	٢٧	فلسطين
٦ %	١	لبنان
٣٣,٣ %	٥٣	مصر
٢,٥ %	٤	السودان

جدول رقم (٤)
توزيع العينة وفق الوظيفة

الوظيفة	التكرار	النسبة
غير معين	٩	% ٥,٦
أعمال مكتبية	٩	% ٥,٦
مديرو المدارس والوكلاء	١١	% ٦,٩
أعمال فنية	١	% ,٦
مهنيون	٣	% ١,٩
مدرسون	١٢١	% ٧٥,٦
أخصائيون اجتماعيون	٦	% ٣,٧
	١٦٠	% ١٠٠

جدول رقم (٥)
توزيع العينة وفق الديانة

الديانة	التكرار	النسبة
غير معين	٥	% ٣,١
مسلم	١٥٣	% ٩٥,٦
مسيحي	٢	% ١,٢
	١٦٠	% ١٠٠

جدول رقم (٦)
توزيع العينة وفق المؤهل

المؤهل	التكرار	النسبة
غير معين الدرجة الجامعية الأولى الماجستير أو الدكتوراه	١٠٧	%٦٦,٩
	٥٢	%٣٢,٥
	١	% ,٦
	١٦٠	%١٠٠

جدول رقم (٧)
توزيع العينة وفق عدد سنوات الخدمة المدرسية

عدد السنوات	التكرار	النسبة
غير معين		
١	٢٦	%١٦,٢
٢	١٨	%١١,٢
٣	٣١	%١٩,٤
٤	١٤	% ٨,٧
٥	٧	% ٤,٤
٦	١٤	% ٨,٧
٧	٧	% ٤,٤
٨	١٠	% ٦,٣
٩	٤	% ٢,٥
١٠	٥	% ٣,١
١١	٢	% ١,٢
١٢	٢	% ١,٢
١٣	٢	% ١,٢
١٤	١	% ,٦
	٢	% ١,٢

(تابع) جدول رقم (٧)
توزيع العينة وفق عدد سنوات الخدمة المدرسية

عدد السنوات	التكرار	النسبة
١٥	٤	% ٢,٥
١٦	١	% ,٦
١٧	١	% ,٦
١٨	١	% ,٦
٢٠	٢	% ١,٢
٢٢	٢	% ١,٢
٢٣	١	% ,٦
٢٥	٣	% ١,٩
	١٦٠	% ١٠٠

جدول رقم (٨)
توزيع العينة وفق الحالة الزوجية

الحالة الزوجية	التكرار	النسبة
غير مبين	٤	% ٢,٥
أعزب	٧	% ٤,٤
متزوج ولا يعمل	٦	% ٣,٧
متزوج ويعمل	١٤٣	% ٨٩,٤
مطلق	—	—
أرمل	—	—
	١٦٠	% ١٠٠

جدول رقم (٩)
توزيع العميلة وفق عدد الأبناء

العدد	التكرار	النسبة
غير مبين	٢٤	٪١٥
١	٧	٪ ٤,٤
٢	٢٥	٪١٥,٦
٣	٣٢	٪٢٠
٤	٢٣	٪١٤,٤
٥	٢٥	٪١٥,٦
٦	١٥	٪ ٩,٤
٧	٤	٪ ٢,٥
٨	٢	٪ ١,٢
٩	٢	٪ ١,٢
١٠	١	٪ ,٦
	١٦٠	٪١٠٠

جدول رقم (١٠)
توزيع نوع الأبن الأول في العميلة

النوع	التكرار	النسبة
غير مبين	٢١	٪١٣,١
ذكور	٧٦	٪٤٧,٥
اناث	٦٣	٪٣٩,٤
	١٦٠	٪١٠٠

جدول رقم (١١)
توزيع العمية وفق السن للإبن الأول

السن	التكرار	النسبة
غير معين	٣٠	٪١٨,٨
١	٤	٪ ٢,٥
٢	٤	٪ ٢,٥
٣	٥	٪ ٣,١
٤	٣	٪ ١,٩
٥	٧	٪ ٤,٤
٦	١٠	٪ ٦,٣
٧	٩	٪ ٥,٦
٨	٨	٪ ٥
٩	١٣	٪ ٨,١
١٠	٨	٪ ٥
١١	٥	٪ ٣,١
١٢	٨	٪ ٥
١٣	٨	٪ ٥
١٤	٣	٪ ١,٩
١٥	٧	٪ ٤,٤
١٦	٣	٪ ١,٩
١٧	٤	٪ ٢,٥
١٨	٥	٪ ٣,١
١٩	٢	٪ ١,٢
٢٠	٣	٪ ١,٩
٢١	١	٪ ,٦
٢٣	٤	٪ ٢,٥
٢٤	٤	٪ ٢,٥
٢٦	١	٪ ,٦
٢٧	١	٪ ,٦
	١٦٠	٪١٠٠

جدول رقم (١٢)
توزيع العينة وفق نوع الأبن الثاني

النوع	التكرار	النسبة
غير مبين	٢٧	%١٦,٩
ذكور	٧٤	%٤٦,٢
اناث	٥٩	%٣٦,٩
	١٦٠	%١٠٠

جدول رقم (١٣)
توزيع العينة وفق السن للأبن الثاني

السن	التكرار	النسبة
غير مبين	٣٧	%٢٣,١
١	٧	% ٤,٤
٢	٤	% ٢,٥
٣	٨	% ٥
٤	١٠	% ٦,٣
٥	٨	% ٥
٦	١٠	% ٦,٣
٧	٨	% ٥
٨	٩	% ٥,٦
٩	٤	% ٢,٥
١٠	١٠	% ٦,٣
١١	٥	% ٣,١
١٢	٦	% ٣,٧
١٣	٥	% ٣,١
١٤	٥	% ٣,١

(تابع) جدول رقم (١٣)
توزيع العينة وفق السن للأبن الثاني

السن	التكرار	النسبة
١٥	٤	% ٢,٥
١٦	٤	% ٢,٥
١٧	٢	% ١,٢
١٨	٤	% ٢,٥
١٩	٢	% ١,٢
٢٠	٣	% ١,٩
٢١	٢	% ١,٢
٢٢	١	% ,٦
٢٣	١	% ,٦
٢٥	١	% ,٦
	١٦٠	% ١٠٠

جدول رقم (١٤)
توزيع العينة وفق نوع الأبن الثالث

النوع	التكرار	النسبة
غير معين	٥٤	% ٣٣,٧
ذكور	٥٧	% ٣٥,٦
إناث	٤٩	% ٣٠,٦
	١٦٠	% ١٠٠

(تابع) جدول رقم (١٥)
توزيع المينة وفق السن للأيسن الثالث

السن	التكرار	النسبة
غير معين	٦٠	%٣٧,٥
١	٨	% ٥
٢	٧	% ٤,٤
٣	٥	% ٣,١
٤	٦	% ٣,٧
٥	٩	% ٥,٦
٦	٨	% ٥
٧	٩	% ٥,٦
٨	٨	% ٥
٩	٧	% ٤,٤
١٠	٥	% ٣,١
١١	٣	% ١,٩
١٢	٣	% ١,٩
١٣	٦	% ٣,٧
١٤	١	% ,٦
١٥	٤	% ٢,٥
١٦	٤	% ٢,٥
١٨	٣	% ١,٩
١٩	١	% ,٦
٢٠	١	% ,٦
٢١	١	% ,٦
٢٣	١	% ,٦
	١٦٠	%١٠٠

جدول رقم (١٦)
توزيع العينة وفق النوع للأبن الرابع

النوع	التكرار	النسبة
غير مبين	٨٥	%٥٣,١
ذكور	٤٠	%٢٥
إناث	٢٥	%٢١,٩
	١٦٠	%١٠٠

جدول رقم (١٧)
توزيع العينة وفق السن للأبن الرابع

السن	التكرار	النسبة
غير مبين	٩٠	%٥٦,٣
١	٣	% ١,٩
٢	١١	% ٦,٩
٣	٦	% ٣,٧
٤	٨	% ٥
٥	٨	% ٥
٦	٨	% ٥
٧	٣	% ١,٩
٨	٣	% ١,٩
٩	٦	% ٣,٧
١٠	٦	% ٣,٧
١١	١	% ,٦
١٤	٢	% ١,٢
١٦	٢	% ١,٢
١٧	١	% ,٦

جدول رقم (١٧)
توزيع المية وفق السن للأبن الرابع

السن	التكرار	النسبة
١٩	١	٦,٦ %
٢١	١	٦,٦ %
	١٦٠	١٠٠ %

جدول رقم (١٨)
توزيع المية وفق النوع للأبن الخامس

النوع	التكرار	النسبة
غير ميين	١٠٩	٦٨,١ %
ذكور	٢٢	١٣,٧ %
اناث	٢٩	١٨,١ %
	١٦٠	١٠٠ %

جلول رقم (١٩)
توزيع المية وفق السن للأبن الخامس

السن	التكرار	النسبة
غير ميين	١١٦	%٧٢,٥
١	٦	% ٣,٧
٢	٩	% ٥,٦
٣	٥	% ٣,١
٤	٦	% ٣,٧
٥	٢	% ١,٢
٦	٣	% ١,٩
٧	٢	% ١,٢
٨	٢	% ١,٢
٩	١	% ,٦
١١	٢	% ١,٢
١٣	٢	% ١,٢
١٤	١	% ,٦
١٦	١	% ,٦
١٨	١	% ,٦
١٩	١	% ,٦
	١٦٠	%١٠٠

جدول رقم (٢٠)
توزيع العمية وفق النوع للأبن السادس

النوع	التكرار	النسبة
غير ميين	١٣٤	٪٨٣,٧
ذكور	١٠	٪ ٦,٣
اناث	١٦	٪١٠
	١٦٠	٪١٠٠

جدول رقم (٢١)
توزيع العمية وفق السن للأبن السادس

النوع	التكرار	النسبة
غير ميين	١٣٧	٪٨٥,٦
١	٥	٪ ٣,١
٢	٤	٪ ٢,٥
٣	٣	٪ ١,٩
٤	٤	٪ ٢,٥
٥	١	٪ ,٦
٦	٢	٪ ١,٢
١١	١	٪ ,٦
١٤	٢	٪ ١,٢
١٦	١	٪ ,٦
	١٦٠	٪١٠٠

جدول رقم (٢٦)
توزيع العينة وفق كيفية التوصل إلى هذا التقرير (جدول ٢٥)

النسبة	التكرار	الكيفية
٪ ١,٤	١	من زيادة العدد
٪٦١,١	٤٤	من ملاحظاتي على الطلاب
٪١٣,٩	١٠	من خلال مناقشة مشكلات أخرى
٪ ٦,٩	٥	من رؤيتي المباشرة
٪١٣,٩	١٠	من المعلمين أنفسهم
٪ ٢,٨	٢	أخرى تذكر
٪١٠٠	٧٢	

جدول رقم (٢٧)
توزيع العينة وفق أسباب اعتقادهم
بأن الظاهرة ليست متشعبة

النسبة	التكرار	أسباب الاعتقاد بعدم انتشار الظاهرة
٪٢٧,٦	٢٤	من قلة الأعداد
٪٣٩,١	٣٤	من عدم الشكوى من الطلاب
٪٢٧,٦	٢٤	من عدم اكتشافها أثناء مناقشة
٪ ٥,٧	٥	مشكلات أو موضوعات أخرى
		أخرى تذكر
٪١٠٠	٨٧	

جدول رقم (٢٨)
توزيع العينة وفق ملاحظاتهم
لوجود ملامح جسدية تميز المتعاطي

النسبة	التكرار	وجود الملامح الجسمية
% ٤,٤	٧	غير مبين
%٣٨,٧	٦٢	نعم
%٥٦,٩	٩١	لا
%١٠٠	١٦٠	

جدول رقم (٣٠)
توزيع العينة وفق ملاحظاتهم
للخصائص النفسية التي تميز المتعاطي

النسبة	التكرار	وجود الخصائص النفسية
% ٣,١	٥	غير مبين
%٣٧,٥	٦٠	نعم
%٥٩,٤	٩٥	لا
%١٠٠	١٦٠	

جدول رقم (٣٢)
توزيع العينة وفق وجود
خصائص اجتماعية تميز المتعاطي

النسبة	التكرار	وجود خصائص اجتماعية
٪ ١,٢	٢	غير مبين
٪ ٣٣,١	٥٣	نعم
٪ ٦٥,٦	١٠٥	لا
٪ ١٠٠	١٦٠	

جدول رقم (٣٣)
توزيع العينة وفق ماهية
الخصائص الاجتماعية التي تميز المتعاطي

النسبة	التكرار	الخصائص الاجتماعية
٪ ١٢	٢٠	اثارة مشكلات
٪ ٢٤	٤٠	الخروج عن النظام المدرسي
٪ ١١,٤	١٩	العزلة وعدم الاندماج
٪ ٨,٤	١٤	ضعف العلاقات بين الزملاء
٪ ٦,٦	١١	ضعف العلاقات مع المدرسين
٪ ١٦,٨	٢٨	عدم المشاركة في الأنشطة
٪ ١٠,٢	١٧	الكذب
٪ ٣,٦	٦	السرقه الفردية أو الجماعية
٪ ٥,٤	٩	الاعتداء على الآخرين
٪ ١,٨	٣	أخرى
٪ ١٠٠	١٦٧	

جدول رقم (٣٤)
توزيع العينة وفق وجود خصائص مميزة
لطبيعة العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة

وجود الخصائص المميزة	التكرار	النسبة
غير معين	٥	% ٣,١
نعم	٧٠	% ٤٣,٨
لا	٨٥	% ٥٣,١
	١٦٠	% ١٠٠

جدول رقم (٣٥)
توزيع العينة وفق ماهية
الخصائص المميزة للعلاقات

الخصائص المميزة للعلاقات	التكرار	النسبة
زيادة شكوى أولياء الأمور	١٨	% ٧,٦
كثرة التغيب عن المنزل	٣٥	% ١٤,٧
السهر خارج المنزل	٥١	% ٢١,٤
الميل للعنف والتخريب	١٥	% ٦,٣
التمرد على السلطة الوالدية	٢٩	% ١٢,٢
اللامبالاة (عدم الاهتمام)	٤٦	% ١٩,٣
السلبية والعناد	٢١	% ٨,٨
العزلة والانطواء	٢٢	% ٩,٢
أخرى	١	% ٠,٤
	٢٣٨	% ١٠٠

جدول رقم (٣٦)
توزيع العينة وفقاً لمصدر المعلومات السابقة

النسبة	التكرار	المصدر
% ٨,٨	١٦	الأسرة (أولياء الأمور)
% ٢٥,٤	٤٦	الزملاء بالمدرسة
% ٢٥,٤	٤٦	وسائل الاعلام
% ٢٤,٣	٤٤	ملاحظات الشخصية
% ٤,٤	٨	من زملاء الطلبة الذين يتعاملون المخدرات
% ٧,٧	١٤	من تجربي الخاصة مع الطلاب
% ٣,٩	٧	أخرى
% ١٠٠	١٨١	

جدول رقم (٣٧)
توزيع العينة وفق ادراكهم لوجود
ملامح سلوكية تميز المتعاطي في المدرسة

النسبة	التكرار	وجود ملامح سلوكية
% ١,٩	٣	غير مبين
% ٣٦,٩	٥٩	نعم
% ٦١,٢	٩٨	لا
% ١٠٠	١٦٠	

جدول رقم (٣٨)
توزيع العينة وفق ماهية
الملاح السلوكية التي تميز المتعاطي في المدرسة

النسبة	التكرار	الملاح السلوكية المميزة
٪١٣,٨	٣٦	زيادة معدلات الغياب عن المدرسة
٪١٤,٦	٣٨	عدم الانتظام في حضور الحصص الدراسية
٪١١,٢	٢٩	انخفاض معدل تقديرات المتعاطي
٪١١,٢	٢٩	الهروب أثناء الدوام المدرسي
٪١١,٩	٣١	تعدد مرات الرسوب
٪ ٤,٢	١١	تكرار الفش
٪ ٢,٣	٦	التزوير في درجات الشهادات
٪ ٥,٤	١٤	عدم إطاعة السلطة المدرسية
٪ ٦,٢	١٦	عدم احترام هيئة التدريس
٪ ٦,٢	١٦	الامهال في كل شيء
٪ ٦,٢	١٦	السلبية المطلقة
٪ ٥,٨	١٥	لا يحبه الرسوب
٪ ١,٢	٣	أخرى
٪١٠٠	٢٦٠	

جدول رقم (٣٩)
توزيع العينة وفقا للأسباب
أو الدوافع العامة للتعاظمي في الحالات التي تعرف عليها

النسبة	التكرار	الاسباب أو الدوافع
٪١١,٣	٣٦	سهولة الحصول على المخدر
٪١٦,٩	٥٤	الرغبة في التجريب
٪١٠,٩	٣٥	وسائل الاعلام : التلفزيون، الفيديو، ..
٪١٩,٧	٦٣	الصحة
٪١٤,٧	٤٧	كثرة السفر إلى بلاد تنتشر فيها المخدرات
٪١١,٦	٣٧	السعة المادية
٪ ٧,٢	٢٣	تأثير الخدم الأجانب
٪ ٧,٨	٢٥	أخرى
٪١٠٠	٣٢٠	

جدول رقم (٤٠)
توزيع العينة وفقا للأسباب والدوافع التربوية للتعاظمي

النسبة	التكرار	الأسباب والدوافع
٪ ١,٧	٤	سوء معاملة الاساتذة للتلاميذ
٪ ١,٧	٤	صعوبة المقررات المدرسية
٪ ١,٣	٣	طول المقررات الدراسية
٪ ١,٣	٣	عدم ملائمة طرق التدريس
٪ ٥,١	١٢	المنهج المدرسي
٪ ٢٤,٢	٥٧	الاجابات نتيجة التأخر الدراسي
		تباين مستوى التحصيل الدراسي
٪ ٥,١	١٢	بين تلاميذ الفصل الواحد
		تباين المستوى العمري بين تلاميذ
٪ ٧,٢	١٧	الفصل الواحد
٪ ١٩,١	٤٥	محاولة أثبتت الذات
٪ ١٩,٩	٤٧	عدم اقتناع التلاميذ بجدوى التعليم
٪ ١٣,٦	٣٢	أخرى
٪ ١٠٠	٢٣٦	

جدول رقم (٤١)
توزيع العينة وفقا للأسباب
أو الدوافع الأسرية التي كانت وراء التعاطي

النسبة	التكرار	الأسباب أو الدوافع الأسرية
٪١٢,١	٥١	مشكلات بين الأب والأم
٪ ٢,٤	١٠	مشكلات بين الأخوة
٪ ٧,٩	٣٣	التدليل المفرط (من جانب الأم)
٪ ٥,٧	٢٤	وفاة أحد الوالدين أو كلاهما
٪١١,٤	٤٨	انشغال الأب بعمله
٪ ١,٧	٧	الأبن الذكر الوحيد
٪ ٣,٦	١٥	القسوة الشديدة
٪ ٢,٤	١٠	الفقر (المغامرة للحصول على المال)
٪ ٦,٩	٢٩	الغنى
٪ ٦,٤	٢٧	افتقاد القدوة
٪١١,٢	٤٧	التقليد (الأصدقاء)
٪ ٥,٥	٢٣	تعدد الزوجات
٪ ٥	٢١	الاقامة مع زوجة الأب أو زوج الأم
٪ ٤,٣	١٨	وجود الخدم الأجانب في البيت القطري
٪ ٨,١	٣٤	الافتقار إلى الوازع الديني
٪ ٥,٥	٢٣	أخرى
٪١٠٠	٤٢٠	

جدول رقم (٤٢)
توزيع العينة وفق المشكلات التربوية الناتجة عن التعاطي

النسبة	التكرار	المشكلات التربوية
٪٢٩,٣	٥٥	الانقطاع عن الدراسة
٪٤٣,١	٨١	التأخر الدراسي
٪١٤,٤	٢٧	فقدان الفرصة التعليمية
٪١٣,٣	٢٥	أخرى
٪١٠٠	١٨٨	

جدول رقم (٤٣)
توزيع العينة وفق
رأيهم في المشكلات الأسرية الناتجة عن التعاطي

النسبة	التكرار	المشكلات الأسرية
٪١١,٨	٣٨	اثارة خلافات بين أفراد الأسرة
٪١٤,٦	٤٧	انفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي
٪ ٩,٣	٣٠	التصرف في الممتلكات الشخصية أو الأسرية
٪ ٦,٢	٢٠	الضبط والتوقيف في جريمة
٪١٣,١	٤٢	التقليد بين الأخوة داخل الأسرة
٪١٢,١	٣٩	ارتكاب جرائم
٪١٠,٩	٣٥	فقدان السمعة العائلية
٪١٣,٧	٤٤	القلوة السيئة
٪ ٨,١	٢٦	أخرى
٪١٠٠	٣٢١	

جدول رقم (٤٤)
توزيع العينة وفق مدى لجوء الطلاب إليهم لحل مشاكلهم

النسبة	التكرار	لجوء الطلاب
% ٦,٩	١١	غير ميين
% ٣٦,٩	٥٩	نعم
% ٥٦,٣	٩٠	لا
% ١٠٠	١٦٠	

جدول رقم (٤٥)
توزيع العينة وفق محاولتهم التدخل
للحد من انتشار التعاطي بين الطلاب

النسبة	التكرار	محاولة التدخل من عدمه
% ٦,٩	١١	غير ميين
% ٣٠,٦	٤٩	نعم
% ٦٢,٥	١٠٠	لا
% ١٠٠	١٦٠	

جدول رقم (٤٦)
توزيع العينة وفق الاجراءات التي
اتخذتها عند تدخلها للحد من التعاطي

الاجراءات	التكرار	النسبة
النصح والارشاد	٥٠	٪٣٩,١
احاطة ادارة المدرسة	١٠	٪ ٧,٨
الاتصال بولي الامر	١١	٪ ٨,٦
عقد ندوات توعية	١٠	٪ ٧,٨
التحويل إلى وحدة توجيه الاطفال والبالغين	٤	٪ ٣,١
انزال العقاب	٢	٪ ١,٦
ليس من صلاحياتي	١٠	٪ ٧,٨
شرح الاضرار الناتجة عن الادمان	٢٤	٪١٨,٨
أخرى	٧	٪ ٥,٢
	١٢٨	٪١٠٠

جدول رقم (٤٧)
توزيع العينة وفق محاولتهم
متابعة بعض حالات التعاطي التي اكتشفوها

عائلة المتابعة	التكرار	النسبة
غير ميين	١٦	٪١٠
نعم	٢٠	٪١٢,٥
لا	١٢٤	٪٧٧,٥
	١٦٠	٪١٠٠

جدول رقم (٤٨)
توزيع العينة وفق النتائج
المتربة على متابعتهم لبعض حالات التعاطي

النسبة	التكرار	نتائج المتابعة
% ٩,٨	٤	الكف عن التعاطي
% ٢٢	٩	الاقلاع عن التعاطي
% ٩,٨	٤	مواصلة العلاج بانتظام
% ١٢,٢	٥	لم يحدث تقدم يذكر
% ٣٤,١	١٤	لا أعرف
% ١٢,٢	٥	أخرى
% ١٠٠	٤١	

المراجع :

- ١ - عبد الباسط محمد حسن ، أصول البحث الاجتماعي ، ط ٥ ، ١٩٧٦ ، ص ٢٠٨ .
- ٢ - Radcliff. Brown: African System of Kinship and Marriage, Oxford Un. Press, London, 1950 pp 1-2.
- ٣ - Suchman, The comparative Method in social research in rural sociology, vol, 24, - P.331.
- ٤ - وزارة التربية والتعليم ، التقرير السنوي ١٩٨٧/٨٦ م .
- ٥ - المرجع السابق .
- ٦ - فاروق اسماعيل ، الانثربولوجيا الثقافية ، النظرية والمنهج ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٥ ، ص ٢٤٤ .
- ٧ - انظر : جمال زكي وآخرون ، أسس البحث الاجتماعي ، دار الفكر العربي ، ص ١٩٨ Fairchild, H., Dictionary of Sociology, P.255. كما يمكن الرجوع الي :
- ٨ - فاروق اسماعيل ، التغير الاجتماعي والثقافي في قطر ، دراسة استطلاعية انثربولوجية ، تحت الطبع ، ١٩٨٨ م ص ١٣١ وما بعدها .
- ٩ - صفاء الاعسر وآخرون ، دراسة استطلاعية للعلاقة بين دافعية الانجاز وبعض المتغيرات العقلية والشخصية والاجتماعية ، مركز البحوث التربوية ، جامعة قطر ، ١٩٨٣ ، ص ٨٢ .
- ١٠ - جابر عبد الحميد وآخرون « العلاقة بين الاساليب المعرفية وكل من النمط المعرفي والعادات الدراسية والاتجاهات نحو الدراسة . . . » ، مركز البحوث التربوية ، ١٩٨٤ ، ص ٢٧ وما بعدها .
- ١١ - مصطفى سويف : « اسهامات العلوم الاجتماعية في بحوث تعاطي المسكرات والمخدرات » في مجلة علم النفس ، مجلة البحث والدراسات النفسية ، العدد الاول يناير ١٩٨٧ ، ص ١٣ وما بعدها .
- ١٢ - سليمان الحضري وفوزي زاهر ، دراسات في الادارة التربوية ، مركز البحوث التربوية ، جامعة قطر ، ص ٤٥ وما بعدها .
- ١٣ - جابر عبد الحميد والحضري والدريني ، بعض العوامل المرتبطة بالتخلف والتفوق الدراسي في المرحلة الثانوية في قطر ، مركز البحوث التربوية ، ص ١٨٠ .

- ١٤ - مصطفى سويف : « اسهامات العلوم الاجتماعية في بحوث تعاطي المسكرات والمخدرات » في مجلة علم النفس ، مجلة البحوث والدراسات النفسية ، العدد الاول يناير ١٩٨٧ ، ص١٦ ومابعدها .
- ١٥ - عبد الفتاح حجاج ، بحوث ودراسات تربوية ، مركز البحوث التربوية ، ١٩٨٥ ، ص١٧٢ ومابعدها .
- ١٦ - علاء كفاي ، قضاء وقت الفراغ وبعض المتغيرات النفسية المرتبطة ، ص٩ ومابعدها .
- ١٧ - انظر : Prevention policies principles programs ICPA
- ١٨ - Lauer, Robert, Social problems and the Quality of life, Third Edition, WM,C. - ١٨ Brown publishers, Dubuque, Iowa. Chapter, 4.
- ١٩ - محمود الكردي وآخرون ، الدوحة ، المدينة الدولة ، دراسة اجتماعية لمنط التحضر ، مركز الوثائق والدراسات الانسانية ، جامعة قطر ، ١٩٨٥ م .
- ٢٠ - حسن عيد ، المدخل الى علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٨٦ .

محتويات التقرير

صفحة

٥	٠ تصدير بقلم سعادة الدكتور عبد الله جمعة الكيسي مدير الجامعة بالنيابة
٩	٠ مقدمة
١٣	٠ الفصل الأول : منهج الدراسة
١٥	٠ أولا : تحديد المنهج (الوصفي والمقارن)
١٥	٠ ثانيا : عينة الدراسة
١٩	٠ ثالثا : الأدوات
١٩	٠ أ - الاستبيان
٢٨	٠ ب - دراسة الحالة
٢٩	٠ رابعا : الصعوبات المنهجية
٢٩	٠ أولا : الصعوبات المتعلقة بالعمل الميداني واستجابة الباحثين
٣١	٠ ثانيا : الصعوبات المرتبطة باختيار العينة وثبات وصدق المعلومات
٣٢	٠ خامسا : خطة التحليل
٣٥	٠ الفصل الثاني : تحليل البيانات ومناقشة النتائج
	٠ المستوى الأول :
٣٧	٠ عرض البيانات وتحليلها وتفسيرها بالنسبة لكل اداة

٣٧	..... الاستبيان الخاص بالطلاب
٣٧	..... بيانات أساسية
٤٢	..... لا تصور وجود المشكلة
٥٣	..... لا الادراك العام والخاص للمشكلة
٦١	..... ٨ يمكن التعاطي
٦٧	..... المعرفة بالتعاطي في مدارس اخرى، المدى، والتصورات
٧٥	..... ملامح التعاطي
٧٧	..... ٩ اسباب التعاطي العامة والاجتماعية والاقتصادية والتربوية (المدرسية)
٨٣	..... ١٠ مشكلات مرتبة على التعاطي ومحاولة التدخل لمواجهتها

٨٧	..... الاستبيان الثاني الخاص بأولياء الأمور
٨٧	..... بيانات اساسية
٩٠	..... تصور وجود المشكلة
٩٨	..... ملامح التعاطي
١٠٣	..... ١١ اسباب الدافعة للتعاطي
١٠٧	..... ١٢ مشكلات مرتبة على التعاطي ومحاولات التدخل لعلاجها

١١٣	..... الاستبيان الثالث الخاص بـ واد الاسر والفصول والاختصاصيين
١١٤	..... بيانات اساسية
١١٦	..... تصور وجود المشكلة
١٢٣	..... ملامح التعاطي الجسمية والنفسية والاجتماعية
١٣٢	..... ١٣ اسباب التعاطي : الدوافع العامة والتربوية والأسرية
١٣٨	..... ١٤ مشكلات مرتبة على التعاطي ومحاولات التدخل لعلاجها

المستوى الثاني :

- ١٤٢ العلاقات التبادلية بين نتائج الدراسة قضايا اساسية
- ١٤٣ أولا : الادراك العام والخاص لوجود المشكلة
- ١٤٥ ثانيا : المواد المخدرة
- ١٤٧ ثالثا : تداخل الملامح الجسمية والنفسية والاجتماعية والسلوكية للميزة للتعاطي ودلالاته
- ١٤٩ رابعا : تضافر الاسباب المؤدية للتعاطي
- ١٥١ خامسا : اساليب التنشئة الاجتماعية بالاسرة القطرية ومدى مسئوليتها في التعاطي
- ١٥٤ سادسا : الصعوبات المدرسية ودورها في تفاقم ظاهرة التعاطي
- ١٥٥ سابعا : تعدد المشكلات المترتبة على التعاطي وتفسير بعضها ببعض الآخر
- ١٥٨ ثامنا : دور المدرسة في التصدي لشكلة التعاطي

الفصل الثالث : (الخلاصة) ١٦١

- ١٦٣ اتجاهات الطلاب نحو التعاطي
- ١٦٥ اتجاهات الآباء نحو مشكلة التعاطي
- ١٦٧ اتجاهات رواد الأسر والفصول والاختصاصيين نحو التعاطي

الفصل الرابع : التقرير الثاني دراسة الحالة ١٧١

- ١٧٣ مقدمة :
- ١٧٦ طبيعة العلاقات الاسرية
- ١٧٩ التكيف أو التوافق الاسري ؛ العلاقة بين الأب والأم
- ١٨١ العلاقات بالاصدقاء
- ١٨٣ الحالة الصحية والمزاجية

١٨٣	التاريخ الادمان
١٨٦	الاعتقاد على غدر أو أكثر
١٨٩	طريقة التعاطي
١٩٠	المشاكل المترتبة على التعاطي
١٩٠	الشعور الذاتي بالمشكلة
١٩٢	نظرة تحليلية
١٩٦	التوصيات
٢٠٥	الملاحق
٢٠٧	الملحق الأول : صحائف البحث ودليل دراسة الحالة
٢٠٩	صحيفة البحث رقم (١) (الطلاب)
٢٢٩	صحيفة البحث رقم (٢) (أولياء الأمور)
٢٤٣	صحيفة البحث رقم (٣) (رواد الأسر والفصول)
٢٦١	صحيفة البحث رقم (٤) (عمال المدارس)
٢٧٣	دليل دراسة الحالة
٢٨٥	الملحق الثاني : جداول البحث
٢٨٧	أ - جداول صحيفة البحث رقم (١)
٣٤٥	ب - جداول صحيفة البحث رقم (٢)
٣٧٧	ج - جداول صحيفة البحث رقم (٣)
٤٠٦	المراجع
٤٠٩	المحتملات

تم بحمد الله

رقم الإيداع بدار الكتب القطرية

٤٤٦ لسنة ١٩٨٩

